

RINTAKIPUPOTILAIEN KÄSITYKSIÄ HOITO- PROSESSIN NYKYTILASTA KOUVOLASSA ENNEN PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON YHDISTYMISTÄ

Päivi Kuusisto

Opinnäytetyö

Toukokuu 2011

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelma

PÄIVI KUUSISTO

Rintakipupotilaiden käsityksiä hoitoprosessin nykytilasta Kouvolassa ennen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymistä

Opinnäytetyö 81 sivua + 26 liitesivua
Toukokuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa rintakipupotilaiden hoitoprosessin nykytilaa Kouvolassa ennen siellä tapahtuvaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymistä. Tutkimuksessa rintakipupotilaat kertoivat kokemuksiaan siitä miten he kokivat hoitoon pääsyn, sairaalahoidon, odotusajan lisätutkimuksiin tai toimenpiteisiin ja niissä saadun ohjauksen sekä jatkohoidon järjestymisen. Haluttiin potilaan näkemys hoitoprosessin toimivuudesta sekä mahdollisista kehityskohteista. Tavoitteena oli lisäksi kartoittaa hoitoprosessiin kuluva aikaa ja kustannuksia. Tieto kerättiin kvantitatiivisen puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla touko- kesäkuussa 2010 terveydenhuollon toimipisteistä (17), joista kouvolaalaiset rintakipupotilaat hoidon jälkeen kotiutuivat. Tutkimusaineisto tallennettiin ja analysoitiin SPSS for Windows- ohjelmalla. Vastausprosentti oli 65 % (N=37).

Ensihoito koettiin pääosin hyväksi. Lisätutkimusten odottaminen oli lähes kaikilla potilailla kestänyt useita kuukausia, jolloin epätietoisuus oli tuntunut ahdistavalta. Sydäntoimenpiteen jälkeen jatkohoitoon toiseen sairaalaan siirtyi muutamia potilaita useimpien kotiutuessa suoraan. Sairaalassa lähes kaikki potilaat olivat saaneet kirjallisia ohjeita ja suullisia ohjeita olivat saaneet kaikki. Saatu ohjaus koettiin yleisesti riittäväksi ja yhteneväiseksi. Sydänsairauden seuranta-käynnit oli järjestetty vaihtelevasti joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa.

Tutkimustuloksista ilmeni, että erikoissairaanhoidossa tehdyt toimenpiteet ja ohjaus niiden yhteydessä toimivat hyvin, mutta perusterveydenhuollon jatkohoidossa ei ollut yhteneväistä hoitoprosessia. Tutkimustulosten avulla kehitetään rintakipupotilaan hoitoprosessia Kouvolassa potilaan hoitoon hakeutumisesta kotiutukseen ja seurantavaiheeseen. Uudella hoitoprosessilla poistetaan turhat sairaalasiirrot ja odotusajat sekä tehostetaan potilaiden ohjausta perusterveydenhuollossa.

Avainsanat: rintakipupotilas, hoitoprosessi, sepelvaltimotauti

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences

Postgraduate Degree programme in development and management of Health Care and Social Services

PÄIVI KUUSISTO: The Patient Scene to Chest Pain Care Process Working in the City of Kouvola Before the Basic- and Special Healthcare are Joined

Master`s thesis 81 pages, appendixes 26 pages

May 2011

The purpose of this Master`s thesis was to gather information about the chest pain patients` care process at the time before the basic- and special healthcare were joined. Patients who suffered from coronary artery disease, described how they felt getting in to the care process, hospital care, waiting time for the operation, the guidance in the hospital and past treatment care. The approach to the thesis was a quantitative one and the data was collected using semi- structured questionnaire, delivered to 17 healthcare units from which patients were released after chest pain episodes. The research material was stored and analysed using by the SPSS for Windows programme. The response rate was 65% (N=37).

The results suggest that the first aid was well organised. However, the patients experienced the waiting time to the operations or investigations as very stressful. The waiting time could be several months. The results also indicate that the processes in the hospital were functioning, but the past treatment care needs development.

The findings indicate that the chest pain healthcare process in Kouvola should develop past treatment care and guidance. The patients should be given the continued treatment in a process model, in which important things are done automatically. The nurse heart guidance should be offered when needed. All waiting times and extra hospital transfers should be minimised.

Key words: chest pain patient, care process, coronary artery

ALKUSANAT

Tämän tutkimuksen toteutuksessa avustivat Kouvolan kaupungin terveyskeskuksen ylihoitaja ja Kouvolan terveysterveishankkeen (KoTePa-projekti) koordinaattori Irma Suonoja sekä sisätautien ylilääkäri Pekka Jaatinen. Organisaation sisäiset asiat kulkivat Irma Suonojan kautta, koska en työskennellyt Kouvolan kaupungilla.

Lämpimät kiitokset myös kaikille muille, joilta sain apua työssäni.

Kouvolassa huhtikuu 15.4.2011

Päivi Kuusisto

SISÄLLYS

ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	7
2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOA SÄÄTELEVÄT NORMIT JA PALVELUJEN JÄRJESTELY	8
2.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen kansainvälisellä tasolla	8
2.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen Suomessa	9
2.2.1 Kansallisia sosiaali- ja terveyshankkeita	9
2.2.2 Terveystenhuoltolaki	10
2.2.3 Tilaaja-tuottajamalli	12
2.3 Kuntien pilottikokeiluja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä Suomessa	12
2.3.1 Forssan ja Mäntän terveydenhuoltoalueet	13
2.3.2 Jämsän yhteistoiminta-alue	15
2.3.3 Riihimäen kuntayhtymä	15
2.4 Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuolto	16
2.4.1 Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä; Carea	16
2.4.2 Kouvolan kaupungin terveyspalvelut	19
2.4.3 Kouvolan terveyspalveluhanke, KoTePa	20
3 RINTAKIPUPOTILAAN HOITO JA HOITOPROSESSIN TOTEUTUS	22
3.1 Rintakipupotilaan etiologia	22
3.1.1 Krooninen sepelvaltimotauti	22
3.1.2 Kroonisen sepelvaltimotaudin esiintyvyys	23
3.2 Rintakipupotilaan hoitoprosessi	27
3.2.1 Hoitoprosessin tehokkuus	27
3.2.2 Rintakipupotilaan hoitoprosessin toteutus muissa kunnissa	28
3.2.3 Kymenlaakson malli rintakipupotilaan hoitoprosessista	29
3.2.4 Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvossa ennen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymistä	31
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	34
5 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS	35
5.1 Kvantitatiivinen tutkimus	35
5.2 Aineistonkeruu	36
5.2.1 Tausta-aineiston keruu	36
5.2.2 Aineistonkeruumenetelmä	37
5.3 Mittari eli kyselylomake	37
5.3.1 Kyselylomakkeen muotoilu	37
5.3.2 Kyselylomakkeen kysymykset	38
5.4 Kohdejoukon kuvaaminen	39
5.4.1 Otanta	39
5.4.2 Kyselyyn vastaaminen	41

5.5 Analyysimenetelmät	42
6 TULOKSET	44
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	44
6.2 Rintakipupotilaiden kokemuksia hoitopäätökseen	45
6.2.1 Rintakipuun liittyviä oireita, joiden vuoksi hakeuduttiin hoitoon.....	45
6.2.2 Rintakipupotilaiden kokemuksia avunsaannistaan.....	45
6.3 Rintakipupotilaiden kokemuksia hoidon aloituksesta.....	46
6.4 Rintakipupotilaiden sairaalahoidon toteutuminen	49
6.5 Rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten tai toimenpiteiden odotusaika	51
6.6 Rintakipupotilaiden ohjaus myöhemmin tehtävien lisätutkimusten tai toimenpiteiden yhteydessä	52
6.7 Rintakipupotilaiden jatkohoidon on järjestyminen	54
7 LUOTETTAVUUS JA EETTISET KYSYMYKSET	57
7.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti	57
7.1.1 Mittarin luotettavuus.....	58
7.1.2 Tiedonkeruun luotettavuus.....	58
7.1.3 Analysoinnin luotettavuus	59
7.1.4 Tulosten luotettavuus.....	60
7.2 Eettiset kysymykset.....	61
8 POHDINTA	63
8.1 Rintakipupotilaan hoitoprosessin nykytila	63
8.2 Rintakipupotilaan hoitoprosessiin kuluva aika	65
8.3 Rintakipupotilaan hoitoprosessin kustannukset.....	66
8.4 Rintakipupotilaan hoitoprosessin kehittämisehdotuksia	67
8.5 Rintakipupotilaan hoitoprosessin jatkotutkimusaiheita	70
LÄHTEET	73

LIITTEET

Liite 1	Rintakipupotilaan hoito ja siihen liittyviä tutkimuksia
Liite 2	Kyselylomake ja saatekirje
Liite 3	Tutkimusluvut
Liite 4	Rintakipupotilaan hoitoprosessi uimaratamallina

1 JOHDANTO

Nykyisten 1970-luvulla muodostettujen terveyskeskusten toimintaympäristöt sekä kuntien väestömäärät ovat muuttuneet. Esimerkiksi vuonna 1975 oli yli 65 -vuotiaiden osuus väestöstä 10,8 % ja ennuste vuodelle 2020 on 22,8 %. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten terveyshankkeiden tavoitteena onkin taata tarvittavien palvelujen tuottaminen Suomessa myös 2010- ja 2020-luvuilla, joten perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelu- ja hallintorakenteita on uudistettava. (Paras- hanke; Kuntien ja sairaanhoitopiirien väestöjen... 2010.) Sosiaali- ja terveystietomuksen mukaan suurista kansansairauksista verenkiertoelinten sairaudet muodostivat vuonna 2007 edelleenkin 41 % väestön kokonaiskuolleisuudesta Suomessa (Sosiaali- ja terveystietomus 2010, 35).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaan, tehokkuuteen ja haluttavuuteen tulee panostaa ja kiinnittää huomiota, sillä uusi terveydenhuoltolaki vahvistaa potilaan asemaa esimerkiksi kiireettömän hoitopaikan valinnan mahdollisuudella. Tarvittavat terveyspalvelut voidaan valita palvelusetelien avulla joko oman kunnan terveyspalveluista, yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai työssäkäyntialueelta. (STVOL 4§, sosiaalihuoltolaki; laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.) Tulevaisuudessa on pyrittävä tehokkaasti toimivaan rintakipupotilaan hoitoprosessiin turhien odotusaikojen vähentämiseksi ja ohjattava potilaat suoraan tarvittavien hoitotoimenpiteiden mukaisiin hoitopaikkoihin.

Perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon palveluita on kustannussyistä yhdistetty 1990-luvun puolivälistä lähtien eri puolilla Suomea ja niiden tuloksista on julkaistu muutamia tässä tutkimuksessa kuvattuja raportteja. Rintakipupotilaan hoitopolusta on myös tehty kuvauksia ja niitä hyödynnetään Kouvolan rintakipupotilaan hoitoprosessin kehittämisessä. Työtä ohjaavat uusi terveydenhuoltolaki, PARAS- ja KASTE- hankkeet sekä Kouvolan terveyspalveluista tehdyt selvitykset ja tulevaisuusvisiot. Kouvolassakin varaudutaan vanhusväestön lisääntyviin hoivapalvelujen tarpeeseen ja vähentyviin sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaresursseihin, muun muassa erikoissairaanhoitoa suunnitellaan annettavaksi vain akuuttihoitopisteissä ja kotihoitoa lisätään.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOA SÄÄTELEVÄT NORMIT JA PALVELUJEN JÄRJESTELY

Suomi on viime vuosikymmenet ollut lähes mallimaa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä. Julkiset palvelut on rahoitettu yhteisin verovaroin ja kaikki kansalaiset ovat olleet yhdenvertaisia palvelujen saannin suhteen. Kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä aiheutuvat kasvavat kustannukset sekä alenevat verotulot pakottavat lähitulevaisuudessa uusiin taloudellisiin ratkaisuihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisiä perusratkaisuja tulee tarkastella hoitoprosessien läpimenoaikojen, taloudellisuuden sekä voimassa olevien hoitosuosituksen mukaisesti ja muuttaa tarvittaessa vanhoja käytäntöjä. (Junnila, 2008; Idänpään- Heikkilä, 2007.)

2.1 Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen kansainvälisellä tasolla

Euroopan unionin sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä koskeva lainsäädännön sisältö koskee terveyden edistämistä ja kansanterveystyötä. EU:n jäsenvaltiot ovat saaneet järjestää terveyden- ja sairaanhoitonsa maakohtaisesti, Amsterdam 1999/ 152. (Sosiaali- ja terveystalouden kertomus 2010, 151.) EU-säädöksiä tulee kuitenkin noudattaa EU-kynnysarvon ylittävissä tavara- tai palvelukokonaisuushankinnoissa, niistä on säädetty laissa julkisista hankinnoista (2007/348) sekä asetuksessa (2007/614).

Pohjoismaissa ja Britanniassa on käytössä niin sanottu monimuotoinen palvelujärjestelmä, jolloin julkishallinnolla on terveystalouden järjestämisvastuu julkisen rahoituksen ja potilasmaksujen keräämisen suhteen. Terveydenhuollon järjestelmien muuttuessa ja potilaiden valinnan vapauden lisääntyessä julkiset ja yksityiset tuottajat tekevät enenevässä määrin ostosopimuksia ja yhtenäistävät taksojaan. Yhdysvalloissa tehdään sopimukset valittujen palveluntuottajien kanssa ja Saksassa potilaat saavat yksityisiltä palvelujen tuottajilta hankkimistaan terveystalouden vakuutuksen mukaiset korvaukset. (Brommels & Elonheimo 2009, a.

2.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen Suomessa

Sosiaali- ja terveystalveluista säädetään Suomen perustuslaissa (19.3§), jossa todetaan talvelujen järjestämisvastuun kuuluvan pääosin kunnille. Niillä on mahdollisuus tuottaa talveluita itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, kuntayhtymän jäsenenä tai hankkia niitä ostopalveluina joko yksityisiltä talvelujen tuottajilta tai kolmannelta sektorilta. Kunta voi järjestää tarvittavat talvelut myös talvelusetelin avulla; STVOL 4§ (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992). Valtio ohjaa kuntien toimintaa lainsäädännön mukaisesti normi-, rahoitus- ja informaatio-ohjauksella (Narikka 2008, 19 -21, 24, 293). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan vuonna 2008 terveydenhuollon kokonaismenot olivat 15 453 miljoonaa, josta julkinen rahoituksen osuus oli valtio 24,2 %, kunnat 35 % ja Kela 15 %, sekä yksityinen rahoitus: kotitaloudet 19,4 % ja muut 6,4 % (Terveydenhuoltomenot 2008).

2.2.1 Kansallisia sosiaali- ja terveyshankkeita

PARAS- hanke (2008- 2011) pyrkii turvaamaan väestön sosiaali- ja terveystalvelut muuttamalla totuttuja toimintatapoja ja ohjaamalla uusien työmenetelmien käyttöön (laki kunta- ja talvelurakenneuudistuksesta 2007). Tulevaisuudessa valtion ja kuntien välinen työnjako tulee uudistumaan valtionosuus- ja rahoitusjärjestelmien muuttumisen myötä. PARAS- hankkeen tavoitteena on *menojen hillitseminen ja tuottavuuden kasvu sekä talvelujen ohjauksen kehittäminen*. Ohjelmassa korostetaan tutkitun tiedon ja hyvien käytäntöjen leviämistä ja samalla koulutuksen merkitystä. Ohjelman pääpaino on kuntien tarpeisiin perustuvalla kunnallisella kehitystyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriö korostaa lähipalvelujen säilyttämistä ja yhteistyötä erityistalvelujen järjestämisessä. Ohjausta ja valvontaa suorittavat edelleenkin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL eli entinen Stakes), Kansanterveyslaitos (KTL) ja Työterveyslaitos (TTL). Käytännön tasolla talveluja pyritään kehittämään yhdessä paikallisten ammattikorkeakoulujen, yliopistojen ja sosiaalialan osaamiskeskusten kanssa. (Ojanen 2010; KASTE- ohjelma 2008- 2011, 20- 22; Kuntakirjeet...2008; Kunta- ja talvelurakenne...; Narikka 2008, 71- 73.)

li- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämisestä ja valvonnasta (SOTE-laki) sekä terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolailla halutaan vaikuttaa väestön terveyden suotuisaan kehitykseen ja väestöryhmien välisten terveyserojen ka-
ventumiseen tarkoituksenmukaisin ja asiakaslähtöisin palveluin. Palvelujen jär-
jestämisessä tulee huomioida yhteistyö niin kunnan eri toimialojen kuin muiden
yhteistyötahojenkin suhteen potilaan valinnanvapauden lisääntyessä. Sosiaali-
ja terveydenhuollon osalta halutaan parantaa palvelujärjestelmän laatua, vaikut-
tavuutta sekä kustannustehokkuutta. Laki vahvistaa perusterveydenhuollon
asemaa sekä luo edellytykset palvelurakenteen muutoksille. (Paasivirta 2010;
Huvinen 2009.)

Kuntien vastuulle jää erikoissairaanhoidon ja kansanterveystyön järjestäminen,
rahoitus ja kehitys, niillä on mahdollisuus muokata kansanterveystyön palvelut
omalle väestölleen sopiviksi. Erikoissairaanhoidon järjestäminen edellyttää *ter-
veyspiiriin* tai *sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään* kuulumista. Kansanterveystyös-
tä vastaavalla *yhteistoiminta-alueella* tai kunnassa tulee olla vähintään 20 000
asukasta ja sen tulee olla alueellinen ja palvelurakenteeltaan toiminnallinen ko-
konaisuus. (Kunta- ja palvelu.. 169/2007, 5§.)

Potilaiden hoitoon pääsystä tullaan säätämään niin että kiireellistä hoitoa tulee
antaa asuinpaikasta riippumatta. Perusterveydenhuolto säilyy ennallaan ja kii-
reettömään erikoissairaanhoidon tulee sovittuja aikarajoja. Hoitoon pääsy pe-
rustuu yhtenäisiin lääketieteellisiin hoidon perusteisiin, joita STM ohjaa ja seu-
raa. Annetun hoidon tulee olla laadukasta ja näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin
perustuvaa. Potilaan valinnanvapaus koskee kiireettömien palvelujen hankintaa
oman seutunsa erityisvastuualueella tai työssäkäyntialueellaan, jolloin potilaalla
on oikeus hoitavan lääkärin kanssa valita toimintayksikkö sekä hoitava lääkäri.
Potilaalle tarjotaan valinnanvapautta asioida yli kuntarajojen esimerkiksi koti-
kuntauudistuksella, palvelusetelin käytön laajentamisella ja sosiaaliturvan koko-
naisuudistuksella eli SATA- hankkeella. (KASTE- ohjelma 2008- 2011, 39- 41;
Narikka 2008, 53- 54; SATA- hanke, 6.) Ensihoitopalvelut siirtyvät kunnilta alu-
eellisille sairaanhoito- tai terveyspiireille (Huvinen 2009).

2.2.3 Tilaaja-tuottajamalli

Suomessa sopimusohjaus otettiin terveydenhuollossa käyttöön valtionosuusuu-
distuksen jälkeen vuonna 1993. Sopimusohjauksella tilaaja ja tuottaja sopivat
keskenään palvelujen hankinnasta. Kunnan tilaajayksikkö rahoittaa, ohjaa, kil-
pailuttaa ja määrittelee haluamansa palvelun ja sen kustannustehokkuuden.
Tilaajan kuuluu myös valvoa ostetun palvelun laatua. Tuottaja, joka voi olla
kunnan sisäinen tai yksityinen palvelujen tuottaja, tarjoaa ja tuottaa palvelun
sovitusti ja tehokkaasti. Sopimusohjauksella tavoitellaan kustannustehokkaasti
väestön maksimaalista terveyttä. Tilaajan ja tuottajan välinen sopimus voi olla
yksityiskohtaisen tarkka tai siinä määritellään vain haluttu toiminnan tulos, jolloin
muutoseikat määräytyvät toiminnan luonteen mukaisesti. Tilaajalta vaaditaan
kokemusta ja osaamista rajallisten määrärahojen oikeudenmukaiseen ja tehok-
kaaseen kohdentamiseen. (Brommels & Elonheimo 2009,b; Narikka 2008, 45;
Idänpään- Heikkilä 2007, 17- 23, 28.)

Eri maissa on sopimusohjausta toteutettu hiukan eri tavoin. Esimerkiksi Ruot-
sissa on ollut käytössä sisäiset markkinat, mutta ei sopimusohjausta, jolloin os-
tajaosaamisen kehittyminen on vienyt 10 vuotta. (Brommels & Elonheimo
2009,b.) Kouvolassa tilaaja-tuottajamalli otettiin käyttöön sosiaali- ja terveyden-
huollon yhdistyessä, mallin käytöstä palvelujen kilpailutuksessa ja hankinnassa
on vaihtelevia kokemuksia ja nyt siitä ollaan jo osittain luopumassa. Esimerkiksi
rintakipupotilaan tarvitsemat tutkimukset (rasitus-EKG, holter, kardiologin kon-
sultaatio) olisi mahdollisuus kilpailuttaa ja tuottaa ostopalveluin.

2.3 Kuntien pilottikokeiluja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä Suomessa

Pienten kuntien tulee Erikoissairaanhoidon koskevan lain 3§ (1998/1127) mu-
kaan kuulua johonkin suurempaan kokonaisuuteen erikoissairaanhoidonsa jär-
jestämiseksi. Kunnat voivat muodostaa keskenään *yhteistoiminta-alueen, terve-
yspiirin kuntayhtymän* tai *kuulua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään*, jossa on vä-
hintään 150 000 asukasta. *Sairaanhoitopiiri* vastaa kiireellisestä erikoissairaan-
hoidosta ja kunta tai yhteistoiminta-alue voi järjestää perustasoista erikoissai-

raanhoitoa. (Huvinen 2009.) Pekurinen ym. (2006) korostavat joustavuutta tarjottavien palvelujen yhteensovittamisessa työnjaon ja toimivan yhteistyön avulla (Pekurinen, Junnila, Idänpään- Heikkilä & Wahlbeck 2006). Lakia on toteutettu kuntakohtaisesti vallitsevien olosuhteiden mukaisesti.

Terveyspiirin kuntayhtymään kuuluminen on kunnalle yhteistoiminta-alueen vaihtoehto, se vastaa sekä kansanterveystyöstä että erikoissairaanhoidosta ja järjestää palvelut samalla tavoin koko alueella. Terveyspiiri voisi toimia siten, että se tilaa kilpailutuksen jälkeen tarvitsemansa palvelut alueensa yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Kunnat ja kuntayhtymät voivat vuokrata tilojaan yksityisille tai kunnallisille palvelujen tuottajille sekä rahoittaa terveyspiirin toimintaa verovaroista perittävällä vuosimaksulla. Terveyspiirin toimintaa on myös mahdollisuus rahoittaa kunnallisveron yhteydessä perittävällä *sosiaali- ja terveysmaksulla*, jolloin palvelujen tuottajat laskuttaisivat terveyspiiriä todellisten kustannusten mukaan. (Huvinen 2009; Konttinen 2009, 3743; Narikka 2008, 82.)

2.3.1 Forssan ja Mäntän terveydenhuoltoalueet

Forssan terveydenhuoltoalueella terveyskeskus ja aluesairaala on yhdistetty. Terveydenhuoltoalueen kuntaliitokseen kuuluvat Forssan, Tammelan, Ypäjän, Humppilan ja Jokioisten kunnat, joissa vuonna 2007 oli 35 460 asukasta. Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 821€/asukas ja perusterveydenhuollon 1223€/asukas. (Elonheimo, Huvinen & Linna 2009.) Kuntayhtymä vastaa kuntien terveydenhuollon menoista, jotka joko tuottaa itse tai kilpailuttaa. Kiinteähintaiset sopimukset tehdään vuodeksi kerrallaan ja kuntien maksuosuudet määräytyvät aiempien 2,5 vuoden hinnaston käytön mukaisesti. Forssassa on panostettu avopalveluihin, suunnitelmalliseen toimintaan sekä päiväkirurgiaan. Yhteistyö on saatu toimimaan perusterveydenhuollon- erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimen välillä. (Österberg, 2007.)

Mäntässä on muodostettu 2002 Mäntän seudun terveydenhuoltoalue, jossa Mäntän seudun kunnat (Mänttä, Kuorevesi, Vilppula) ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri yhdistivät aluesairaalan ja terveyskeskuksen. Terveydenhuoltoalueen syntyyn vaikutti terveyden- ja vanhustenhuollon menojen nopea kasvu, jolloin

palveluja tuli sopeuttaa sekä turvata peruspalvelut. Prosessissa haluttiin parantaa palvelujen tuottajien yhteistyötä niin suunnittelussa kuin hoitoketjujen toiminnassakin. (Junnila, M. 2008, 30.) Mäntän seudulla oli vuonna 2000 hyvä, mutta väestöpohjaan nähden liian suuri terveyskeskus ja runsaat erikoissairaanhoidonpalvelut, jotka kuitenkin haluttiin säilyttää. Stakesin ja Marja- Liisa Junnilan selvitystyön (2004- 2005) perusteella toiminta-alueetta päätettiin laajentaa, henkilöstömitoitusta tarkistaa sekä kehittää toimintojen sisältöä. (Penttilä 2007.)

Mäntässä terveydenhuoltoalueen terveystenot on saatu neljän vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa rationalisoimalla Pirkanmaan keskitasolle. Vuonna 2002 perusterveydenhuollon tilinpäätöksen toimintakulut olivat 7964€ ja vuonna 2007 6126,1€. (Penttilä, 2007.) Sisäisen toiminnan tehostamiseen kuuluivat vastaanottopalveluiden yhdistäminen, vuodeosastotoiminnan ja kuntoutuksen uudelleen järjestely ja yhteispäivystys. Kunnat järjestävät itse pitkäaikaishoidon. Palveluja on keskitetty myös sairaanhoitopiirin sisällä, niin että laboratorio-, kuvantamis- ja apteekkipalvelut hankitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin liikelaitoksilta. Muita tukipalveluita hankitaan yliopistosairaalaan. Palveluja on yksityistetty ravintopalvelujen ostolla yksityiseltä tuottajalta. Muutosten seurauksena henkilökuntamäärä on vähentynyt vuoteen 2007 mennessä noin neljänneksellä. Väestö on kokenut ongelmaksi lähipalveluverkon harventumisen ja pitkät välimatkat sekä jatkotutkimuksiin tai hoitoon pääsyn. Kritiikkiä aiheutti etenkin ”keikkalääkäreiden” vaihtuvuus, potilaiden kohtelu ja työnsä osaaminen. Lääkäritilanne oli kohentunut yliopistosairaalan eri klinikoiden yhteisvirkojen kautta sekä yksityisen palveluntuottajan järjestäessä päivystyksen. (Junnila, M. 2008, 208- 211.)

Terveydenhuoltopalvelujen järjestämisvastuun siirtyessä kunnille 1993 Mäntäskin siirryttiin menoperustaisesta laskennalliseen valtionosuuteen. Terveyspalvelujen uudistamisen kannalta terveydenhuoltoalue oli ratkaisu kuntien rahoitusongelmiin. Kuntapäättäjät päättivät terveydenhuollon järjestämisestä ohjausryhmän kautta. Terveydenhuoltoalueessa poistettiin päällekkäisyyksiä ja sovitettiin toimintaa yhteen sekä luotiin toimivia hoitoprosesseja. Tässä projektissa vanhustenhuolto oli jätetty terveydenhuoltoalueen ulkopuolelle kuntien järjestet-

täväksi, mutta esim. Puron 2007 tutkimuksen mukaan näiden palvelujen yhdistäminen luo paremmat mahdollisuudet palvelujen hallintaan. (Junnila 2008, 223- 226.)

2.3.2 Jämsän yhteistoiminta-alue

Jämsässä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaminen ja järjestäminen toteutetaan tilaaja-tuottajamallin mukaisesti Jämsän kaupungin ja Kuhmoisten kunnan muodostamalla yhteistoiminta-alueella (Jämsän kaupunki). Jämsän kaupunki ulkoisti terveydenhuoltopalvelunsa syyskuussa 2010 Jokilaakson Terveiden kanssa tehdyllä sopimuksella neljäksi seuraavaksi vuodeksi. Uudistuksella halutaan laajentaa palveluvalikoimaa sekä lisätä asiakaslähtöisyyttä. (Anttonen 2010.)

2.3.3 Riihimäen kuntayhtymä

Riihimäen kuntayhtymään kuuluvat Riihimäen, Lopen ja Hausjärven kunnat. Kuntayhtymä järjestää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ostetaan sairaanhoitopiiriin alue- ja keskussairaaloista. Riihimäen väestömäärä oli 44 719 asukasta vuonna 2007, erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 698€/asukas ja perusterveydenhuollon noin 1170€/ asukas. (Elonheimo ym. 2009).

Kanta-Hämeessä on laadittu vuosille 2015- 2025 palvelutarveanalyysi, jossa vertailtiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä vanhustenhuollon. Kymenlaakson sairaanhoitopiiriä (180 843 asukasta) on käytetty yhtenä neljästä vertailukohteesta. Kanta-Hämeen seutukuntiin kuuluvat Forssan, Hämeenlinnan (173 800 asukasta) ja Riihimäen alueet (43 000 asukasta). Riihimäen seutukuntaan kuuluvat Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi. (Kanta-Hämeen.) Riihimäen seutukunnassa arvioidaan yli 75-vuotiaiden määrän kasvavan 2200 henkilöllä vuodesta 2010 vuoteen 2025. Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin koko väestön ennustetaan vähenevän 3400 henkilöllä vuoteen 2025 mennessä, kun taas yli 75-vuotiaiden suhteen ennuste on kasvava ja työikäisten 20- 59-vuotiaiden suhteen laskeva, kuten Kanta-Hämeessäkin. Kuntavertailussa perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 1000 asukasta kohden vuonna 2005 oli lähes sama

määrä, Kanta-Hämeessä 1898 ja Kymenlaaksossa 1855. Somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäiviä oli Kanta-Hämeessä 856,1/ 1000 asukasta ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä 933,9/ 1000 asukasta. (Jokiranta, Pekurinen, Hujanen & Wiili-Peltola 2007.)

Palvelutarveanalyysissä pyritään varautumaan tulevaan vanhusten määrän kasvuun, jolloin erilaisten hoivapalvelujen tarve lisääntyy, mutta toisaalta moni sairaiden vanhusten tuen ja ohjauksen tarve pysyy ennallaan. Kunnat joutuvat miettimään lakisääteisiä palvelujaan käytettävissä olevien resurssien mukaan ja toimimaan joustavasti, esimerkiksi keväällä 2010 Riihimäen seudun kuntayhtymä ulkoisti hammaslääkäripäivystyksensä palvelujen riittämättömän tarjonnan vuoksi (YLE HÄME 2010).

2.4 Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuolto

Eklund ym. (2007) ovat pohtineet tulevaisuuden hoitovisioita Kymenlaaksossa vähentyvien taloudellisten resurssien ja työvoimapulan suhteen ja ehdottavat jo diagnosoitujen sydänsairauksien hoitoa uuden terveydenhuoltomallin ideologian mukaisesti esimerkiksi kuntouttavassa lähisairaalassa kalliin erikoissairaanhoidon sijaan. Sydäntautien hallinnassa ja akuuttien hoitotoimien vähentämisessä keskityttäisiin tautien ennaltaehkäisyyn ja potilaan elämänikäiseen tukemiseen muun muassa terveellisten elintapojen suhteen. Rintakipupotilaan ohjaus- ja seurantajärjestelmissä hoitoprosessiin liittyvä kustannustenlaskenta tulisi suorittaa potilas- tai tuotekohtaisesti, myös käytettävissä olevat resurssit ja niiden käyttö olisi tunnettava laadun ja taloudellisuuden saavuttamiseksi. (Eklund ym. 2007, 17, 83, 98.)

2.4.1 Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä; Carea

Laajempaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen (6§) järjestämiseksi Suomi on jaettu erikoissairaanhoidon mukaisiin kuntayhtymiin. Erikoissairaanhoidon lain 7§ mukaan Suomi on jaettu erikoissairaanhoidon alueellista järjestämistä varten 20 sairaanhoitopiiriin, joiden tehtäviin kuuluu järjestää oman alueensa erikoissairaanhoidon. (Huvinen 2009; Narikka 2008, 76- 77.)

Sairaanhoitopiirien omavaraisuus on vähentynyt palvelujen siirtyessä liikelaitoksiin ja osakeyhtiöihin, jotka saattavat palvella myös muita sairaanhoitopiirejä. Tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään enemmän ns. miljoonapiirien pohjalta, joissa on riittävä väestömäärä. Suomi on jaettu viiteen miljoonapiiriin ja Kymenlaakso (taulukko1) kuuluu 175 556 asukkaallaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. (Narikka 2008, 39,46; Sairaanhoitopiirit/ Kunnat.net.)

TAULUKKO 1. HYKS:n erityisvastuualue (Sairaanhoitopiirit/ Kunnat.net)

Helsingin ja Uudenmaan	1513 517asukasta
Etelä-Karjalan	133 210
Kymenlaakson	175 556
HYKS erva	1 822 283

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin nimi muuttui 1.1.2010 erityishuoltopiiriin liittyessä siihen Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymäksi, jonka nimi muuttui 15.3.2010 Careaksi. Kuntayhtymä vastaa jäsenkuntien toimien mukaisesti erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluista, edistää terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioonottamista sekä huolehtii muista kuntayhtymälle säädetyistä tehtävistä. (Kymenlaakson sairaanhoitopiiri.)

Kuntayhtymän jäsenkuntia (kuvio1) ovat Hamina, Kotka, Kouvola, Miehikkälä, Pyhtää ja Virolahti. Kuntayhtymällä on kolme sairaalaa, joista Kotkassa on Kymenlaakson keskussairaala sekä Kouvolaassa sijaitsevat Kuusankosken aluesairaala ja Kymenlaakson psykiatrinen sairaala. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudessa kuntayhtymässä henkilöstöä on noin 2500. Vuoden 2009 Carean tilastojen mukaan Kuusankosken aluesairaalassa hoidettiin DRG koodeilla I21, I22 ja I27 yhteensä 266 kouvolaista rintakipupotilasta ja keskussairaalassa DRG 112 koodilla 45 kouvolaista potilasta. (Carea aluesairaala...; Carea keskussairaala; Kymenlaakson sairaanhoitopiiri.)



KUVIO 1. Kymenlaakson sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä eli Carea. (Kymenlaakson sairaanhoitopiiri)

Kuntayhtymä ostaa erikoistuneen erikoissairaanhoidon pääasiassa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Kunnat rahoittavat oman sosiaali- ja perusterveydenhuoltonsa sekä erikoissairaanhoidon verotuloillaan sekä valtionosuuksilla, yksityisten palvelujen tuottajien kustannuksista Kela korvaa pienen osuuden. Eklundin ym. 2007 mukaan erillisiä palvelujen tuottajia oli yhteensä 400, joista 250 julkisia. Kymenlaakson palvelujärjestelmässä työskenteli tutkimuksen tekoaikana 8100 henkilöä, joista 6700 julkisissa organisaatioissa ollen maan keskiarvoa. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin väestön kehityksessä (taulukko 2) vanhenevat ikäluokat 75+ kasvavat ja nuoremmat pienentyvät. Kymenlaaksossa varaudutaan lähivuosien henkilökuntapuolaan sekä palvelutarpeen kasvuun. (Eklund ym. 2007, 10, 69- 70.)

TAULUKKO 2. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin väestönkehitys (Eklund ym. 2007, 10)

vuosi	2005	2015	2035
25-44v	42207	38170	36579
75+	16014	18080	29864
yhteensä	180419	178088	175238

Tautien hallinta ei voi enää edes lähitulevaisuudessa jakautua vain sairaalaan ja avohoitoon, koska tarjottavia palveluita ei pystytä rahoittamaan käytössä olevin keinoin vanhusväestön määrän kasvaessa. Seuraavien 30 vuoden aikana Kymenlaakson väestön ennustetaan vähenevän 3 % ja veronmaksukyvyyn 5 %, kunnat voivat osoittaa edelleenkin vain osan tuloistaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Vanhuspalvelujen tarpeen on arvioitu kasvavan 86 % ja akuuttihoitoon

7 %. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilökunnan jäädessä eläkkeelle, ei ole enää käytettävissä tällä hetkellä olevaa määrää koulutettua henkilökuntaa, vaan on selvittävä pienemmällä henkilökuntamäärällä kasvavasta vanhusväestöstä. (Eklund ym. 2007, 13, 100- 112.)

Jatkossa on mietittävä palvelujen sekarahoitaisuutta, alueellisesti käytettäviä resursseja sekä erilaisia kumppanuusperiaatteita niin julkiselta kuin yksityisiltäkin palvelujentuottajilta. Esimerkiksi jokin yksittäinen palvelu voi olla kolmanneksen halvempi lääkärin tuottaessa sen yksityisellä palvelujen tuottajalla vähäisemmin henkilökuntaresurssein kuin vastaavasti toimiessaan julkisella sektorilla. Henkilökuntamäärän resursointiin tulee kiinnittää huomiota ja tuottaa palveluita kevyemmällä organisaatiolla, siellä missä se on mahdollista. Sosiaali- ja terveystalouden johtajien tulee hallita kokonaisnäkemys hankkeiden taloudellisuudesta ja oman organisaation toiminnan vaikutuksesta siihen. Palveluverkkojen tulee integroitua, potilaita hoidetaan moni tautisina kokonaisuuksina sekä hoito ja hoiva eriytyvät. (Eklund ym. 2007, 13, 100- 112.)

2.4.2 Kouvolan kaupungin terveystaloudet

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat olleet tämän vuosituhannen alusta kaikissa kunnissa hiukan noususuuntaiset. Perusterveydenhuollon kustannukset ovat Kouvolassa olleet selvästi muita vertailukuntia suurempia. (Elonheimo, Huvinen & Linna 2009.) Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat Kouvolassa vuonna 2008 tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilaston mukaan keskitasoa 934€/asukas (Kuntien nettokustannukset 2008, asukas, eniten /vähiten, Manner Suomi..., oma sairaanhoitopiiri). Efficatilastojen mukaan vuonna 2009 Kuusankosken aluesairaalan ensiavussa hoidettiin sepelvaltimotautiin liittyvillä I20-I22 diagnooseilla 199 rintakipupotilasta (Efficatilastot 2009).

Kouvolassa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä noudatettu hallituksen kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annettua puitelakia (169/2007). Kuntien yhdistyessä vuonna 2009 suur Kouvolaksi yhdistettiin myös sosiaali- ja terveystoimi perusturvan toimialaksi sekä siirryttiin sopimus-ohjausmalliin, jolloin perusturvalautakunta on tilaajana toimien terveydenhuollon budjetin raameissa

(Kouvolan sopimusohjausjärjestelmä). Halutut palvelut on tuotteistettu ja niistä on sovittu korvausjärjestelmä palvelujen tuottajan kanssa. Palvelut hankitaan ns. ”näennäismarkkinoilla” erilaisten yhteistyömuotojen ja kumppanuuksien kautta palvelusopimusten avulla, joissa määritellään palvelujen hinta, laatu sekä määrä. Tässä Kouvolan mallissa painopistealueet ovat kaupungin strategioissa, tilaaja- ja tuottajaorganisaatioissa, palvelusopimuksissa sekä tuotteistamisessa ja kustannuslaskennassa. Palvelutuotanto pyritään organisoimaan tärkeimpien potilasryhmien mukaisesti yhteisen työnjaon mukaan sovituista palveluprosesseista. Eri toimintayksiköiden johtajat hallinnoivat palveluprosesseja. (Brommels & Elonheimo 2009,b; Kouvolan sopimusohjausjärjestelmä.) Tuotteistuksen avulla pystytään määrittelemään muun muassa tarvittavat tutkimukset ja toimenpiteet ja laskemaan niille hinta.

Hallitusohjelmassa mainittu palveluinnovaatiohanke toteutuu käytännössä, kun varmistuu, että sosiaali- ja terveysministeriö hyväksyy *Kouvolan kaupungin terveydenhuollon kokeilualueeksi*. Kouvola on ilmoittautunut kokeilualueeksi lokakuussa 2010. Hallitusryhmien puheenjohtajat sekä ministerit Risikko, Hyssälä ja Kiviniemi päättivät 3.2.2010 sosiaali- ja terveydenhuollon linjauksista sekä kokeilulaista, joka kannustaa perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden sekä perustason erikoissairaanhoidon yhdistämistä kunnassa tai yhteistoiminta-alueilla. Hankkeessa edellytetään luotavan uusia toimintatapoja sekä prosesseja, joihin väestö voi enenevässä määrin osallistua. Hankkeessa toteutuu myös laki saumattomista palveluketjuista erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimiessa yhdessä. Marraskuussa 2010 sosiaali- ja terveysministeriö kertoi tiedotteessaan muutoksista puite- ja sosiaalihuoltolakiin, joilla valtioneuvosto voi velvoittaa kunnat yhteistoimintaan. (Kouvola terveydenhuollon... 2010; Paras - puitelakiin..2010; Vehmanen, M. 2009.)

2.4.3 Kouvolan terveystalohanke, KoTePa

Nykyisessä Kouvolassa sijaitseva Kuusankosken aluesairaala kuuluu Carean tulosalueeseen, mutta hoitaa sijaintinsa vuoksi lähes yksinomaan Pohjois-Kymenlaakson väestöä. Kouvolan kaupunginhallitus on vuonna 2008 käynnistänyt terveydenhuollon strategiatyön alueen väestön terveydenhuollon palvelu-

jen ylläpitämiseksi myös tulevaisuudessa sekä varautumaan muuttuvaan sosi-
aali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön Kaste-hankkeen mukaisesti. Kaupun-
ginhallitus hyväksyi vuonna 2009 strategiatyöryhmän esityksen, joka jatkuu Ko-
TePa- hankkeena. (Brommels & Elonheimo 2009, b.) Kouvolan terveyspalvelu-
hankkeen tavoitteena on *”ensiluokkainen terveydenhuolto – koko kaupungin
elinvoimaisuuden avaintekijä”*. Hanke yhdistää Kuusankosken aluesairaalan ja
koko Kouvolan perusterveydenhuollon Forssan mallin mukaisesti Kouvolan
kaupungin perusturvan toimialan organisaatioon 1.1.2011 alkaen. Uusi Pohjois-
Kymen sairaala tarjoaa kuntalaisille perusterveydenhuollon ja erikoissairaan-
hoidon integroituja palveluita. (Kouvola terveydenhuollon...2010.)

Terveyspalveluhankkeella pyritään edistämään väestön tietoisuutta oman ter-
veytensä huolehtimisen merkityksellisyydestä sekä ennalta ehkäisemään kan-
sansairauksia. Yhteinen potilastietojärjestelmä helpottaa tietojen siirtoa. Palve-
lujen pääpaino ja hoitovastuu halutaan lähipalveluihin, joita vahvistetaan erikois-
lääkäreiden vastaanotoilla. Sairaalakeskuksessa hoidetaan vain vakavasti sai-
raat, erityisosaamista ja kallista teknologiaa vaativat potilaat sekä kaupunkikes-
kustan terveyspalvelut. Päivystystoiminnassa siirrytään yhteispäivystyksen ja
vuodeosastoina toimivat taajamakeskusten yhteisosastot. (Myllymäki, Suonoja
& Rinne 2010, 23; Brommels & Elonheimo 2009,b; Flygar 2009.)

Uudessa hoitomallissa pyritään osaavaan henkilökunnan säilyttämiseen ja
hankkimiseen työolosuhteita parantamalla, jossa omalääkäri ja -hoitaja- tiimit
vastaavat potilaan hoitokokonaisuudesta niin avopalveluissa kuin sairaalassa-
kin. Kouvolan kaupunki pysyy edelleenkin mukana Kymenlaakson sairaanhoi-
to- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä sekä HUS:n erityisvastuualueella. Ky-
menlaakson keskussairaalaosta ostetaan jatkossakin sovittu erikoissairaanhoito,
jota ei kannata järjestää kuntakohtaisesti. Kouvola pyrkii järjestämään 90 %
omasta erikoissairaanhoidostaan. (Brommels & Elonheimo 2009, b.)Tavoitteena
on keventää potilaan kulkua hoito-organisaatioissa ja hoitaa potilaan ongelmat
samalla käyntikerralla ilman päällekkäisiä käyntejä, lähetteitä tai laboratorioko-
keita (Ruokolainen 2009, 3818).

3 RINTAKIPUPOTILAAN HOITO JA HOITOPROSESSIN TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa rintakipupotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on todettu sepelvaltimotauti jo aikaisemmin, sitä vahvasti epäillään tai se todetaan hoitoprosessin yhteydessä. Potilaan mahdollisesta sepelvaltimotaudista johtuva kipu pahenee ja hän hälyttää tai hänelle hälytetään apua. Tutkimuksessa kartoitetaan sepelvaltimotautia sairastavan rintakipupotilaan hoitoprosessin etenemistä vaihe vaiheelta. Tutkimuksessa hoitoprosessilla tai hoitoketjulla tarkoitetaan Junnilan (2008) määrittelyn mukaisesti kokonaisuutta, jossa potilas saa tarvitsemansa eri tason palvelut yhden vastuutahon yhteen sovittamana (Junnila, 2008, 226).

3.1 Rintakipupotilaan etiologia

Käypä hoito suosituksen mukaisesti sepelvaltimotautikohtaus johtuu sydämessä sijaitsevan sepelvaltimon äkillisestä ahtautumisesta (ICD-10:n diagnoosiluokat I20.0, I21, I22). Taudin aiheuttaa ateroskleroosi eli verta kuljettavien valtimoiden sisäseinämien kovettuminen rasvalla. Sydämen veren ja hapen saanti heikkenee vähitellen ateroomaplakkien vuoksi, jolloin valtimon sisäkalvo pullistuu kolesterolin kertymisen seurauksena. Sydänlihaskärsii iskemiasta eli hapen puutteesta, kun sepelvaltimosta on ahtautunut puolet. Ahtaumien syntyyn vaikuttavat elintavat, tulehdukset sekä hyytymistekijät. Taudista aiheutuu yleensä rasitusrintakipua, rytmihäiriöitä, sydäninfarkti tai sydämen vajaatoiminta. (Käypä hoito 2010; Sepelvaltimotaudin etiologia 2008.)

3.1.1 Krooninen sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotaudin ensimmäisinä oireina on yleensä hengenahdistus, joka ilmenee fyysisen rasituksen tai tupakoinnin yhteydessä. Ensioireena voi myös olla heikentynyt rasituksen sieto ja voimattomuus. Sepelvaltimotaudin edetessä oireina voi olla rintakipuja ja angina pectoris eli rasitusrintakipuoireita. Rintatuntemukset ilmenevät yleensä rasituksen tai tunnereaktioiden yhteydessä. Levossa tai nitraatilla helpottava kipu tuntuu keskellä rintaa ja ympäri yläkehoa ja kaukaa. Kaikki potilaat eivät tunne kipua ja heidän oireensa voivat olla epämääräisiä

rintatuntemuksia tai ylävatsavaivoja ja voimattomuutta. (Sepelvaltimotauti, Sydänliitto; Sepelvaltimotautikohtaus... 2009.) Kivutonta sydäninfarktia esiintyy tutkimusten mukaan 20- 50 %:lla diabeetikoista, dementiaa ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla sekä vanhuksilla (Kettunen & Talvensaari 2009, 3951). Epämääräisiä oireita esiintyy lisäksi usein naisilla. Mikäli oireet muuttuvat tiheämmin esiintyviksi tai voimakkaammiksi, tulee hakeutua kiireellisesti hoitoon. Taudille altistaa muun muassa tupakointi, verenpaineen ja veren kolesterolitason kohoaminen, ylipaino, stressi, diabetes, sukupuoli tai sukurasite. Elämäntapamuutokset ja lääkitys riittävät vähäoireisen sepelvaltimotaudin hoitomuodoiksi. Mikäli oireet pahenevat lääkityksestä ja muista korjaavista toimenpiteistä huolimatta, harkitaan sepelvaltimoiden varjoainekuvausta sepelvaltimoita korjaavien toimenpiteiden (pallolaajennus, ohitusleikkaus) tarpeen arvioimiseksi. (Sepelvaltimotauti, Sydänliitto; Sepelvaltimotautikohtaus... 2009.)

3.1.2 Kroonisen sepelvaltimotaudin esiintyvyys

Kaikki verenkiertoelinten sairaudet ovat Suomen uusimman sosiaali- ja terveyskertomuksen (2010) mukaan hiukan vähentyneet. Suotuisaan kehitykseen on vaikuttanut lääketieteellisten hoitojen kehittyminen, riskitekijöihin puuttuminen, veren kolesterolipitoisuuden ja verenpaineen alentuminen sekä tupakoinnin vähentyminen. Esimerkiksi ensimmäinen sepelvaltimokohtaus 25- 74 -vuotiailla miehillä ikävakioituna 100 000 asukasta kohti oli 365 kpl vuonna 2003 ja 297 kpl vuonna 2007. (Sosiaali- ja terveyskertomus 2010, 35.)

Sosiaali- ja terveyskertomuksen (2010) mukaan veren kolesterolipitoisuus ylittyi 61 %:lla miehistä ja 56 %:lla naisista, tavoitearvon ollessa 5,0. Riskiryhminä erottuvat eri sosiaaliryhmät, esimerkiksi manuaalista työtä tekevät sairastuvat 40- 50 % useammin kuin ylemmät toimihenkilöt. Työikäisestä väestöstä on lievästi ylipainoisia (BMI > 25) 70 % miehistä ja 50 % naisista. Lihavuus on maassamme kolminkertaistunut viimeisen 30 vuoden aikana. Päivittäin naisista tupakoi 18 % ja miehistä 24 %, nuorten tupakointi on hiukan vähentynyt. Maassamme on vielä myös alueellisia eroja väestön terveydentilan suhteen. Tulevaisuuden riskitekijöinä ovat väestön lihominen, ikääntyneiden määrän kasvu sekä diabeteksen lisääntyminen. Suomessa sepelvaltimotautipotilaiden hoitojaksoja

on vuosittain n. 70 000. Potilasmäärä kasvoi 2000- luvun puolivälissä, jolloin oli n. 20 000 hoitojaksoa. Sepelvaltimotautikohtaukseen sairastuneista runsas puolet oli yli 75-vuotiaita, joista kaksi kolmasosaa oli naisia. (Sosiaali- ja terveyskertomus 2010, 35.)

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä oli vuoden 2009 tilastojen mukaan 618 kpl (I20-I25) iskeemisten sydänsairauksien hoitojaksoa. Myyntilaskutustilastojen mukaan (taulukko 3) kouvolaalaisia sepelvaltimotautipotilaita 112C Diagnostic related groups eli sairaalan tuotonkuvaus hoitojaksoina ja avosuoritteina (DRG-koodilla) oli ollut 81 hoitojaksoa. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja... 2009.)

TAULUKKO 3. Kouvola DRG hoitojaksot 2009 (Kymenlaakson sairaanhoito- ja... 2009)

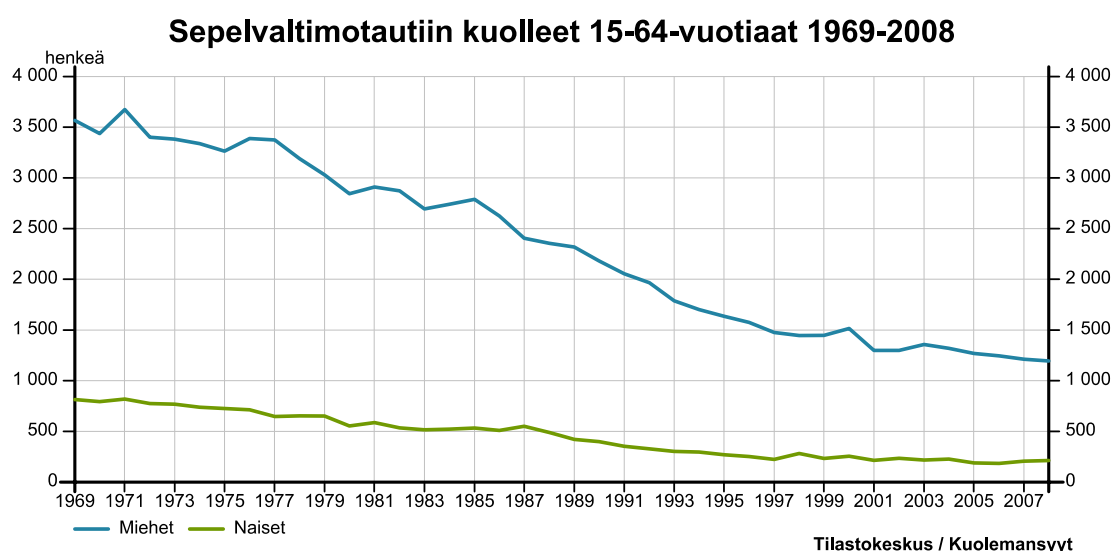
Kouvola DRG-hoitojaksot 2009	lukumäärä	€
112C sepelvaltimotauti laaj. ei inf./kompl.	81	220212
112E sepelvaltimotauti laaj. ei kompl, inf.	24	79716
112F sepelvaltimotauti laaj. kompl. & inf.	14	74830
112A perkutaaninen verisuonitoimenpide	8	55710
112D sepelvaltimotauti laaj. ei inf., kompl.	8	35059

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä nykyisen Kouvola alueen kuntien asukkaat olivat Kunta Hilmon tilastojen mukaan 2008 olleet 464:ssä sydämen ja rintaontelon suonien toimenpiteessä, kun koko sairaanhoitopiirissä toimenpiteitä tehtiin 1134 kpl. (Sydämen ja rintaontelon 2008...; Kouvola hoitojaksot...2008; Kouvola iskeemiset... 2008.)

Hoitoilmoitus- ja kuolinsyyrekistereiden mukaan vuonna 2007 sepelvaltimotautidiagnooseilla (I21- I22) Helsingin- ja Uudenmaan miljoonapiirissä kuolemaan johtaneita sepelvaltimotautikohtauksia oli eniten 65–74-vuotiailla miehillä 274 potilaalla 100 000 asukasta kohden sairaalan ulkopuolella ja 125 kpl sairaalassa. Kohtauksen alusta (0-27vrk) 399 potilaalla ja (0-364 vrk) vuoden kuluttua 409 potilaalla. Saman ikäluokan naisilla sairaalan ulkopuolisia kuolemaan johtaneita sepelvaltimotautikohtauksia oli 78 potilaalla ja sairaalassa tapahtuneita 58 potilaalla. (Sepelvaltimotautikohtaukset, myös kuolemaan... 2007.) Eri tutki-

musten mukaan ST- nousuinfarktin jälkeinen sairaalakuoletisuus oli 4-7 % infarktin jälkeisinä päivinä. Rintakivun ilmenemisen riski kasvaa potilailla, joilla on diagnosoitu jokin sydäntapahtuma tai ruokatorven refluksaus tauti jo aiemmin. Uusi rintakipudiagnoosi nostaa kuoleisuutta seuraavan vuoden aikana. (Ruigomez ym. 2006.)

Potilaiden hoitoennuste on parantunut hoitojen tehostuessa, mutta sepelvaltimotauti on edelleen niin naisten kuin miestenkin yleisin kuolinsyy Suomessa (kuvio 2). Naisilla tauti ilmenee noin kymmenen vuotta miehiä myöhemmin, tupakointi sekä diabetes lisäävät taudin esiintyvyyttä, samoin raskausaikana ollut korkea verenpaine tai raskausdiabetes. Naisten ja miesten tautia hoidetaan samalla tavoin. (Niemelä yms. 2009, 739.)



KUVIO 2. Sepelvaltimotautiin kuolleet (Sepelvaltimotautiin kuolleet / Findikaattori 2009)

Sepelvaltimotaudista ja sen riskitekijöistä, taudin hoitoennusteesta, lääkkeiden käytöstä, ennaltaehkäisyohjelmista sekä terveyteen liittyvästä elämänlaadusta on tehty tutkimuksia, joita on kerätty (taulukkoon 4) sekä (liitteeseen1).

TAULUKKO 4. Rintakipupotilaan hoitoon liittyviä tutkimuksia

Tutkimuksen tekijät ja nimi	tarkoitus	tutkimustapa	tutkimustulokset
Bogers, Bemelmans, Hoogenveen, Boshuizen, Woodward, Knecht, Van Dam, Hu, Visscher, Menotti, Thorpe, Jamrozik, Calling, Strand & Shipley 2007. Association of Overweight With Increased Risk of Coronary Heart Disease Partly Independent of Blood Pressure and Cholesterol Levels	riskitekijöiden vaikutus taudin syntyyn (ylipaino, verenpaine ja kolesteroliarvot)	meta-analyysi 21 kohorttitutkimuksesta, johon osallistui noin 300 000 sydänpotilasta; 18 000 potilaan ikää, sukupuolta, fyysistä aktiivisuutta, tupakointia, kolesterolitasoa, verenpainetta sekä ylipainoa verrattiin normaalipainoisiin.	ylipainosta aiheutuva verenpaineen ja kolesterolitason nousu voi aiheuttaa 45 % suuremman sydäntautien riskin.
Bramlage, Messer, Bitterlich, Pohlmann, Cuneo, Stammwitz, Tebbenjohanns, Gohlke, Senges, Tebbe 2009. The effect of optimal medical therapy on 1-year mortality after acute myocardial infarction	Lääkkeiden käytön vaste. Tutkimuksessa olevista potilaista 46,2 % saivat optimaalisen lääkeshoidon ja heitä verrattiin yhden lääkkeen tai ilman lääkitystä olleisiin potilaisiin.	5353 akuutin sydäninfarktipotilaan tutkimus Saksassa, johon aineisto kerättiin kansallisesta 79 sairaalan rekisteristä	kokonaiskuolleisuus väheni 74 % potilailla, joilla oli optimaalinen lääkehoito (aspirin, B-blockerit, statinit, reniini angiotensiinisysteemiin vaikuttavat lääkkeet, thienopyridiinit)
Ho, Spertus, Mousoudi, Reid, Peterson, Magid, Krumholz & Rumsfelt 2006. Impact of medication Therapy Discontinuation on Mortality After Myocardial Infarction	lääkkeiden käytön säännöllisyys	prospektiivinen kohorttitutkimus 1521 sydäninfarktipotilaalla, joille oli määrätty aspiriinia, B-blokerseja sekä statiineja. Potilasta vain osa käytti lääkkeitä säännöllisesti kuukauden ajan sydäninfarktin jälkeen. Säännöllisesti käyttäneiden kuolleisuutta verrattiin epäsäännölliseen käyttöön 12 kuukauden kuluessa.	Kaikki määrätty lääkkeet kuukauden tai sitä kauemmin ottaneilla oli alhaisempi kuolemanriski (88,5 %) kuin vain yhtä lääkettä käyttäneillä (97,7 %). Potilaiden koulutustaustalla ja sukupuolella oli myös merkitystä.
Ruigomez, Rodriguez, Wallander, Johansson & Jones 2006. Chest pain in general practice: incidence, comorbi-	elinajanennusteet	kvantitatiivinen tutkimus Britanniassa: 13740 potilasta /20 000 verrokia, joiden diagnoosi oli epä-	Rintakipudiagnoosi oli suurin potilailla, joilla oli jo aikaisempia diagnooseja sydänsairauksista. Uusi rintakipudiag-

dity and mortality		määräinen rintakipu	noosi nosti kuolleisuusriskiä seuraavana vuonna.
Clark, Hartling, Vandermeer & McAlister 2005. Secondary Prevention Programs for Patients with Coronary Artery Disease	ennaltaehkäisyohjelmat	randomisoitu kliininen tutkimus, jonka aineisto on kerätty lääketieteen tietokannoista (63 tutkimusta, joihin osallistui 21 295 sydäntauteja sairastavaa potilasta).	potilasohjaus parantaa sydänpotilaiden selviytymistä, mutta potilasohjauksen sisällöllä ei ollut merkittävää vaikutusta kuolleisuuden vähentämiseen
Kattainen, E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämälaadusta	CABG- ja PTCA-potilaiden terveyteen liittyvä elämälaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät.	kvantitatiivinen tutkimus: strukturoidut haastattelut päivää ennen operaatioita 432 CABG- ja 183 PTCA potilasta, uusinta puolen vuoden kuluttua.	Invasiiviset toimenpiteet palauttivat sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden selvästi huonomman elämälaadun samanikäisen väestön tasolle.

3.2 Rintakipupotilaan hoitoprosessi

Rintakipupotilaan hoitoprosessissa tulee noudattaa Sosiaali- ja terveysministeriön 26.2.2010 päivystyshoidolle antamia kriteerejä korkealaatuisesta, oikea-aikaisesta, yhdenvertaisesta ja lääketieteellisesti vaikuttavasta hoidosta sekä hoitoon pääsystä Suomessa. Potilaan tulee voida luottaa saamaansa hoitoon sekä tulla ymmärretyksi maassa käytettävillä virallisilla kielillä. Hoitoperiodin päättyessä potilas olettaa saavansa ajantasaiset jatkohoito-ohjeet. (Yhtenäiset päivystyshoidon... 2010, 41.)

3.2.1 Hoitoprosessin tehokkuus

Kujala ym. (2006) kiinnittävät huomiota yleensäkin potilaan hoitoprosessin kokonaiskustannuksiin, erityisesti *tuottamattomaan ja tehottomaan odotusaikaan*. Hoitoprosessin aikaa suunniteltaessa on huomioitava prosessin korjausta vaativat osat, vähennettävä läpimenoaikoja ja poistettava ylimääräiset odotusajat. Ylimääräisen ajan minimoinnilla kilpailuun nähden tarkoitetaan kustannusten minimointia, potilaan lähellä pysymistä sekä laadun parantamista. Potilaan odotusajat on tutkimuksessa jaoteltu diagnostiikka- ja hoitoaikaan sekä sen jälkeeseen hallinnolliseen aikaan. Potilailla on erilaisia odotusaikoja kunnostaan,

mahdollisista hoitoon liittyvistä virheistä ja niiden korjauksista sekä sairaaloiden resursseista riippuen. (Kujala, Lillrank, Kronström & Peltokorpi 2006.)

Kustannukset riippuvat paljon palveluiden tuottajan laatukriteereistä, joista tärkeimpiä ovat virheettömät ja oikein kohdennetut palvelut. Tarjottavien *palveluiden laatua* voidaan nostaa esimerkiksi uusimman teknologian ja hoitokäytäntöjen käyttöönotolla. Hoitoprosessin laadusta kertoo jonkin laatujärjestelmän käyttö, muun muassa ISO 9001. Tutkimuksen mukaan kustannuksia pystyttäisiin vähentämään, mikäli sairaudet tai oireet diagnosoitaisiin riittävän ajoissa samanlaisissa potilasryhmissä, samaan ajatukseen päätyivät myös Eklund ym. (2007). Kustannuksia pystytään vähentämään tarjoamalla käytännössä optimaaliset resurssit realistiseen ja yhteisesti sovittuun hoitotasoon nähden. (Eklund ym. 2007, 16; Kujala ym. 2006.)

Sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ovat alkuvaiheessa melko homogeeninen potilasryhmä, mikäli tauti on diagnosoitu ajoissa. Puuttamalla potilaan hoitoon varhaisessa vaiheessa pystytään mahdollisesti myöhempiä ja raskaampia hoitotoimia ennaltaehkäisemään ja säästämään hoitokustannuksia sekä parantamaan potilaan elämänlaatua.

3.2.2 Rintakipupotilaan hoitoprosessin toteutus muissa kunnissa

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän sisätautien poliklinikan prosessiin on tehty rintakipupotilaan hoitopolku vuonna 2007. Potilaan tarpeisiin pyritään vastaamaan oikea-aikaisella diagnoosilla, tehokkaalla ja nopealla hoidolla sekä jatkohoidon ohjauksella ja neuvonnalla. Terveyskeskus huolehtii nopeasta tiedonsiirrosta sen ja hoitavan sairaalan välillä. Prosessissa käytetään yhtenäistä potilasohjeistusta ja prosessin eri vaiheiden osuus diagnostiikassa on hyvin määritelty sekä erikoislääkärien konsultointi onnistuu joustavasti. Rintakipupotilaan hoitoprosessi hyödyttää kuntaa toimiessaan kustannustehokkaasti. Prosessissa potilas saapuu sisätautien poliklinikalle yleensä lähetteen kanssa. Tavoitteena on oireeton, hyvinvoiva ja itsehoidon osaava rintakipupotilas. Prosessissa on selkeä työjako eri toimijoiden sekä avo- ja erikoissairaanhoidon kesken. Potilaskohtaisesti pyritään hoitamaan vaaratekijät tehok-

kaasti ja väestötasolla seurataan sydänrekisteristä vuosittain vaaratekijöiden toteutumista. Prosessin tehokkuutta mitataan lähetteen käsittelyn sujuvuudella, potilasasiakaskyselyin, tupakasta vieroitusohjauksen saaneiden määrällä, väestötason vaaratekijöiden määrällä sekä mahdollisesti diagnoosiluokituksella. (Rintakipupotilaan hoitopolku 2007.)

Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on kehittänyt yleensäkin hoitoketjuja tavoitteenaan yhteisten ohjeiden, mittareiden sekä raportointikäytäntöjen luominen. Hoitoketjun kuvauksia on kehitetty HYKS:n, Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uusimaan ja Porvoon alueellisissa työryhmissä. Potilaan jatkohoitoon siirtymiseen halutaan lisää sujuvuutta ja uusia, toimivia hoitokäytäntöjä voidaan ottaa yhteiseen käyttöön. Sovitut, yhteiset toimintakäytännöt lisäävät annettavan hoidon tasalaatuisuutta, potilaan kulku hoitoketjun sisällä sujuu joustavasti, aikaa ei hukata päällekkäisyyksiin, kaikki ovat selvillä hoitokokonaisuudesta sekä omasta roolistaan siinä ja tieto kulkee esteettömästi. (Mäkelä 2009.) Rintakipupotilas tutkitaan HUS:ssa ensin ensiavussa, ellei hän ole saanut liotushoitoa jo kotona. Tavoitteena on saada kipu hoidettua, estää sydäninfarktin syntyminen tai rajoittaminen lääkehoidolla sekä selvittää taudin vaikeusaste tarvittavin tutkimuksin (Rasitus-EKG, sydämen ultraäänitutkimus, sepelvaltimoiden varjoaineokuvaus). Potilas on hoidossa noin 2-5 vuorokautta, jolloin hän on usein osastolla telemetriaseurannassa. Hoitojaksolla potilas saa ohjausta taudin oireista, riskitekijöistä sekä omista mahdollisuuksistaan osallistua taudin hoitoon. (Rintakipupotilaan hoito 2010.)

3.2.3 Kymenlaakson malli rintakipupotilaan hoitoprosessista

Careassa on vuonna 2010 valtakunnallisten ohjeiden mukaisesti laadittu kroonisen sepelvaltimotaudin hoitoketju (taulukko 5). Ohjeistus on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2008- 2009 julkaisemien hoidon tai tutkimuksen kiireellisyys perusteiden mukaisesti. Hoitoketjulla tavoitellaan saumatonta hoitoa Carean alueella sekä hoidon jatkuvuutta, tasalaatuisuutta ja potilaan omahoidon tukemista. Hoitoprosessin avulla tulisi taata tasalaatuinen ja saumaton hoitoketju kaikille sepelvaltimotautia sairastaville potilaille, joiden diagnoosi tai oire on ICD-10 I20-I25 – luokitusten mukaisia. Varmalla tautimuodolla tarkoitetaan, että potilas on sairastanut sydäninfarktin, hänelle on tehty pallolaajennus (PTCA) ja

stenttaus (PCI), hänet on ohitusleikattu (CABG) tai hänellä on muita stabiilissa vaiheessa olevia tautimuotoja. (Kroonisen sepelvaltimotaudin...2010; STM:n työryhmä; Hoitoketjuopas; Sepelvaltimokuvauksen aiheet...; Stabiili sepelvaltimotauti...; Sepelvaltimotauti: kirurgia...; Sydänperfuusion...; Sydämen vajaatoiminta tai sen...; Ultraäänikardiografia.)

TAULUKKO 5. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako Kymenlaakson kroonisen sepelvaltimotaudin hoitoketjussa (Kroonisen sepelvaltimotaudin hoitoketju 2010)

Perusterveydenhuolto:
Sepelvaltimotaudin oireiden tunnistaminen
Kliininen tutkiminen
Vaaratekijöiden kartoitus
Peruslaboratoriokokeet
Lääkehoidon aloittaminen
Rasituskoe tarvittaessa
Perus-, lisä- ja oireenmukaisten lääkkeiden ajantasaisuus
B-lausunnot työkykyisyyteen liittyen
Tupakasta vieroitus
Hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen
Erikoissairaanhoido:
Tarvittavat sydäntoimenpiteet
Ensitieto
Ensitietokurssit, tarvittaessa ohjaus kuntoutuskursseille
Kirjalliset jatkohoito-ohjeet
Normaalista hoidosta huolimatta esiintyvät sydänoireet (NYHA II-III)
PCI-toimenpiteen jälkeen uudelleen paheneva rintakipu
Poliklinikkakäynti ohitusleikkauksen jälkeen
Rytmihäiriötuntemukset ja synkope eli pyörtyminen
Sydämen vajaatoiminnan paheneminen

Hoitovastuu rintakipupotilaasta on perusterveydenhuollolla sen jälkeen kun erikoissairaanhoidoa vaativa tila on hoidettu. Potilaiden tulisi suosituksen mukaan päästä lääkärikontrolleihin kerran vuodessa. Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit ovat aiheellisia ohitusleikkausten jälkeen ja tarvittaessa stenttaustoimenpiteiden jälkeen. (Tulonen- Tapio, Suni- Lahti & Seuna 2010; Sepelvaltimokuvauksen aiheet ...; Lääkkeiden erityiskorvattavuuden... 206 ja 213; Kroonisen sepelvaltimotaudin hoitoketju...; Kohonnut verenpaine...; Sepelvaltimotaudin vaaran...; Stressi ja muut...; Sepelvaltimotaudin ehkäisyn...; Sepelvaltimotaudin eri asteet...) Vuonna 2005 Kymenlaakson sepelvaltimotautipotilaiden vuodeosastohoitojaksot maksoivat n. 1,2 milj. €, josta erikoissairaanhoidon

osuus oli 17 %, kuntoutuksen 4,1 % ja perusterveydenhuollon 78,8 % (Eklund ym. 2007, 100).

3.2.4 Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvolassa ennen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymistä

Kouvolassa asuvat rintakipupotilaat voivat tällä hetkellä hakeutua hoitoon oman alueensa terveyskeskuksen akuuttivastannotolla oleville akuuttiajoille tai ensivasteen kuljettamana vuorokauden ajan mukaan avoinna olevaan päivystyspisteeseen. Potilaita siirretään oireiden vaikeusasteen tai potilaan tarkkailutarpeen mukaan Kuusankosken aluesairaalaan eli tulevaan Pohjois-Kymen sairaalaan, Kymenlaakson keskussairaalaan tai Meilahteen Helsinkiin. Ostopalveluina sydänleikkauksia on hankittu myös Kuopion Cordiasta.

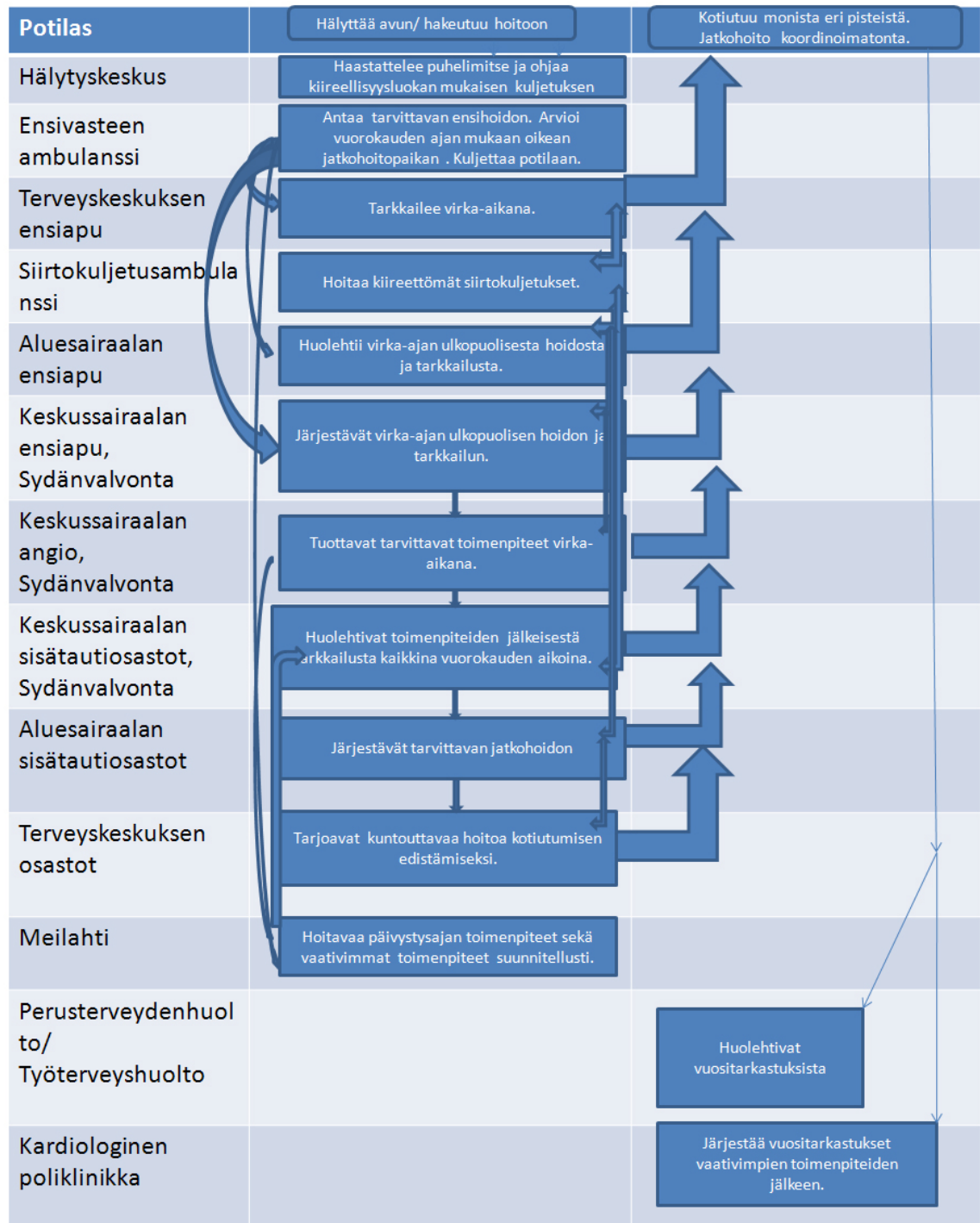
Mikäli potilas ei ole oireidensa puolesta kotituskuntoinen, mutta hänen tilansa ei kuitenkaan vaadi päivystystoimenpiteitä, häntä saatetaan siirtää useita kertoja päivystysaikojen vaihtuessa oman alueensa päiväpäivystyksestä esimerkiksi yöpymään Kuusankosken aluesairaalan päivystykseen tai alueellisille yhden yön hoitopaikoille ja takaisin.

Kouvolan hätäkeskuksessa on käytetty potilaspuhelujen perusteella rintakipupotilaan kuljetustehtävien jakoa kolmeen eri luokkaan korkeariskisestä A-luokan hälytyksestä, missä elvytys ja ensihoito aloitetaan potilaan kotona lääkäriä konsultoiden C-luokkaan saakka, jolloin potilaan yleistila on laskenut tai hänellä on rytmihäiriöitä. Hätäkeskuksen mukaan Kouvolan alueella oli vuonna 2009 70kpl korkeariskistä rintakipuhälytystä ja 514 kpl rintakipuun liittyviä B- ja C-luokan hälytyksiä. (Seppälä 2010.) Rintakivun syy on diagnosoitu vasta ensihoidon jälkeen ja vain osalla tästä syystä ensihoitoa saaneilla on ollut sepelvaltimotauti.

Potilaat joutuvat yleensä odottamaan tarkempia tutkimuksia useita kuukausia, ellei heidän tilansa ole päivystyksellisiä toimenpiteitä vaativa. Sairaalahoitoa vaativat tutkimukset ja toimenpiteet toteutetaan alueen sairaaloissa hoitoprosessien mukaisesti.

Potilaat kotiuvat eri päivystys- tai toimenpidepisteistä myös suoraan omaan kotiinsa oireiden helpottaessa. Kotiutuminen voi tapahtua jo terveyskeskuksen ensiavun ja tarkkailun jälkeen, aluesairaalan tai keskussairaalan ensiavusta, mikäli sinne on jouduttu päivystysaikana. Hyväkuntoisimmat potilaat voivat kotitua suoraan keskussairaalan angiosta tai sydänvalvonnasta toimenpidepäivänä.

Sairauden vaikeusasteesta sekä annetusta hoidosta riippuen jatkohoito voi olla eri tavoin järjestetty. Jatkohoitoa ja tehostettua tarkkailua vaativia potilaita tarkkaillaan ensin keskussairaalan sydänvalvonnassa ja tarvittaessa sisätautiosastoilla, joista on myös mahdollisuus kotitua. Jatkohoito järjestetään tarvittaessa aluesairaalan osastoilla tai terveyskeskuksissa, jonka jälkeen kotiudutaan. Vaativien Helsingissä tai Kuopiossa suoritettujen sydäntoimenpiteiden jälkeen siirrytään yleensä joko keskus- tai aluesairaalan kautta kotiin. Työterveyshuollon asikkaiden jatkohoito on omassa työterveyshuollossa, vaativissa sydäntoimenpiteessä olleet potilaat keskussairaalan kardiologisella poliklinikalla ja muut omassa perusterveydenhuollossaan. Alla oleva (kuvio 3) havainnollistaa tilanteen rintakipupotilaan kotiutumisesta ja kulkemisesta ennen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistymistä.



KUVIO 3. Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvolaissa ennen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymistä

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Kouvolassa asuvien rintakipupotilaiden hoitoprosessin nykytilaa ennen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämistä.

Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Miten rintakipupotilaat kokevat hoitoon pääsyn ja sairaalahoidon?
2. Millainen on rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten, toimenpiteiden odotusaika?
3. Kuinka rintakipupotilaiden jatkohoito on järjestetty ja kuinka he ovat kokeneet saaneensa ohjausta?

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää rintakipupotilaiden tämänhetkisen hoitoprosessin toimivuutta sekä mahdollisia kehityskohteita. Tutkimuksella halutaan tietoa potilaan kuljettamista eri hoitopaikkojen välillä sekä potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimustulosten avulla kartoitetaan muun muassa koko hoitoprosessiin kuluva aika sekä käytettyjä hoitopaikkoja tarvittavaan hoitotasoon verrattuna. Tutkimustulosten avulla kehitetään rintakipupotilaan hoitoprosessia Kouvolan terveystalvishankkeessa KoTePa.

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA JA TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa pyritään kuvaamaan sepelvaltimotautia sairastavan rintakipupotilaan hoitoprosessin nykytilaa Kouvolassa potilaan näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli todettu sepelvaltimotauti jo aikaisemmin, sitä vahvasti epäiltiin tai se todettiin hoitoprosessin yhteydessä. Tutkimustuloksissa analysoidaan potilailta saatua tietoa tilanteesta ennen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymistä.

5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa määrällisiin kysymyksiin kuinka paljon, missä tai miten usein. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan tutkittavista ilmiöistä tarkka tieto olemassa olevasta tilanteesta ja sitä voidaan verrata. Tutkimusta kuvataan numeerisen tiedon perusteella riittävän suuresta ja edustavasta otoksesta. Aineisto kerätään tarkoin rajatusta kohteesta esimerkiksi muotoiltujen tutkimuslomakkeiden avulla, joissa voi olla joko osittain tai kokonaan valmiit vastausvaihtoehdot. Tutkimustulokset esitetään tilastollisin menetelmin taulukoin tai kuvioin. (Vilkkä 2007, 13,16, 23; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 212; Heikkilä 2004, 16; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo1999, 21.)

Tutkittavat asiat tulee operationalisoida eli muuttaa käsitteelliset asiat ymmärrettävälle arkikielelle ja strukturoida eli suunnitella ja vakioda kysyttävät asiat niin että kaikki ymmärtävät ne samalla tavalla ennen henkilöitä koskevien asioiden tutkimista kvantitatiivisin menetelmin. Teoreettiset käsitteet ovat keskeisiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa, sillä niiden avulla löydetään säännönmukaisuuksia eri asioiden ja ilmiöiden välillä. Tutkimusprosessi etenee teoriasta käytäntöön eli kyselyyn ja palaa käytännöstä takaisin teoriaan analyysin ja tulkinnan aikana. (Vilkkä 2007, 14-15, 25-26.)

5.2 Aineistonkeruu

Tutkittavan asian luonne, tutkimuksen tavoite, aikataulu, budjetti sekä tutkijan kokemustausta vaikuttavat aineistonkeruumenetelmän valintaan. Tutkijan on etukäteen selvitettävä millaista aineistoa on mahdollisesti saatavilla ja kuinka sen voi saavuttaa. Myös analyysimenetelmiä ja tulosten esittämismuotoa tulisi pohtia jo ennen aineistonkeruun aloittamista. (Vilkka 2007, 80- 88.)

Kvantitatiivinen kirjekyselynä toteutettu tutkimusmenetelmä valittiin, koska tutkija ei työskennellyt Kouvolan kaupungilla eikä aikaresurssien suhteen pystynyt haastattelemaan potilaita henkilökohtaisesti. Haluttiin myös potilaiden mielipiteitä mahdollisimman laajalta alueelta.

5.2.1 Tausta-aineiston keruu

Aiemmin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin on perehdyttävä ja mietittävä ongelman määrittelyä ennakko-oletusten pohjalta. Tutkimuksessa esiintyvät keskeiset käsitteet on myös määriteltävä. (Vilkka 2007, 80- 88.)

Tutkimusongelman mukaisesti tutustuttiin ajankohtaiseen lainsäädäntöön, aiemmin rintakipupotilaan hoitoprosessia kehittäneisiin kunnallisiin hankkeisiin (3) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudelleen järjestelyihin eri puolilla Suomea (4), niistä tehtyihin tutkimuksiin (1) sekä hoitoprosessia käsitteleviin tutkimuksiin (2). Tutkimuksessa käsitellään tärkeimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen liittyviä hankkeita ja niitä sääteleviä lakeja. Opinnäytetyössä selvitetään Kouvolan terveystalushankkeen etenemistä, koska rintakipupotilaan hoitoprosessin kehittäminen kuuluu yhtenä osana Kouvolan uuteen terveydenhuoltomalliin. Tutkimukseen liittyy oleellisesti Kymenlaaksossa keväällä 2010 kansallisten suositusten mukaisesti kehitetty kroonisen sepelvaltimotaudin hoitopolku. Tutkimuksessa rintakipupotilas määriteltiin sepelvaltimotautia sairastavaksi, sitä epäiltiin tai se todettiin.

5.2.2 Aineistonkeruumenetelmä

Yleisin määrällisessä tutkimuksessa käytetty menetelmä on kokeellinen survey-tutkimus. Se on suunnitelmallinen ja etukäteen testattu kirjallinen kysely tai haastattelu, jonka suurin haaste on oikein ja ymmärrettävästi laaditut tutkimuskysymykset. Kirjekysely on sopiva, kun halutaan tietoja olemassa olevista tosi asioista. Menetelmä on tehokas ja taloudellinen suurelle osallistujajoukolle, jolloin tutkimukseen osallistuvat kuuluvat johonkin tiettyyn perusjoukkoon. (Vilkkä 2007, 28- 35, 80- 88; Hirsjärvi ym. 2004, 180- 186, 194- 206; Järvinen & Järvinen 2004, 147-154; Heikkilä 2004,19; Valli 2001, 100- 101; Alkula ym.1999,118; Koivula, Suihko & Tyrväinen 1999, 44,46.) Tutkimus suoritettiin kirjallisenkyselylomakkeen avulla touko-kesäkuussa 2010 rintakivun vuoksi hoidossa olleille kouvolaalaisille potilaille sekä muutamille maaliskuussa 2010 sydänpotilaan ensi-tietokurssille osallistuneille potilaille.

5.3 Mittari eli kyselylomake

Kyselylomakkeen laatiminen aloitetaan teoriaan perehtymisen ja tutkimusongelman rajauksen jälkeen. Tämä tutkimus toteutettiin määrällisen puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla (liite 2.) Kyselyssä kaikilta tutkimukseen osallistuvilta kysytään samat asiat samassa muodossa ja järjestyksessä. Tutkimustuloksia pystytään käsittelemään objektiivisesti, koska tutkija ei tapaa vastaajia henkilökohtaisesti, vaan kyselyt palautuvat esimerkiksi postin kautta nimettöminä. (Vilkkä 2007, 28- 35, 80-88; Hirsjärvi ym.2004, 180- 186, 194- 206; Järvinen & Järvinen 2004, 147-154; Heikkilä 2004,19; Valli 2001, 100- 101; Alkula ym.1999,118; Koivula, Suihko & Tyrväinen 1999, 44,46.)

5.3.1 Kyselylomakkeen muotoilu

Kyselylomake etenee loogisessa järjestyksessä ja alkaa yleensä vastaajan kannalta helpoimmista kysymyksistä esimerkiksi ikä ja sukupuoli. Kysytään selkeästi ja ymmärrettävästi vain yhtä asiaa kerrallaan, niin että kaikki vastaajat ymmärtävät asian samalla tavoin. (Vilkkä 2007, 24, 36, 44, 80- 88; Hirsjärvi ym.2004,146, 149, 187- 193; Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 29; Koivula ym. 1999, 25.) Kyselylomakkeen alussa oli kysymyksiä osallistujan iästä,

sukupuolesta ja kaupunginosasta tai terveysasemasta. Kyselylomaketta hiottiin helmikuusta huhtikuun loppuun 2010 yhdessä KoTePa- projektin edustajien, ohjaavan opettajan sekä suunnitteluseminaariin osallistuneiden opiskelijoiden kanssa. Kysymyksiä muokattiin niin, että niissä kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan. Puolistrukturoituun kyselylomakkeeseen tehtiin erilaisia hoitopolkuja, koska akuutit rintakipupotilaat tarvitsevat erilaisia palveluita kuin krooniset potilaat.

5.3.2 Kyselylomakkeen kysymykset

Lomakkeessa esitetään vastausvaihtoehdot yleensä allekkain ja mikäli käytetään avoimia kysymyksiä, esitetään ne viimeisinä ja jätetään tilaa vastauksille. (Vilkkä 2007, 24, 36, 44, 80- 88; Hirsjärvi ym.2004,146, 149, 187- 193; Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 29; Koivula ym. 1999, 25.)

Avoimissa kysymyksissä vastaaja vastaa vapaasti tyhjään tilaan ja monivalinta-kysymyksissä valitaan ennalta annetuista vastausvaihtoehdoista. Lyhyet kysymykset ymmärretään usein paremmin ja kyselylomakkeen pituudella on myös vaikutusta vastausinnostukseen. (Hirsjärvi ym.2004, 187- 193; Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 29.)

Suljetuissa eli strukturoiduissa tai vaihtoehtoisissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joita käytetään vastausten käsittelyn yksinkertaistamiseen ja virheiden vähentämiseen sekä vastaamisen nopeuttamiseen. Suljetut kysymykset eivät saa olla toisensa poissulkevia ja vastausvaihtoehtojen tulee tarkoin harkittuja. Suljettujen kysymysten ongelmana voi olla ettei epäonnistunutta luokittelua pysty helposti korjaamaan tai jokin vastausvaihtoehto voi jäädä puuttumaan. Sekakysymyksissä osa vastausvaihtoehdoista voi olla avoimia. (Heikkilä 2004, 50.)

Kyselylomakkeen kysymyksiä muutettiin avoimista vaihtoehdoista enemmän moni valintaan perustaviksi suljetuiksi tai sekamuotoisiksi kysymyksiksi analysoinnin helpottamiseksi. Avoimia kysymyksiä jätettiin kuitenkin vastausosioiden loppuun, koska haluttiin saada esiin potilaan omin sanoin kertoma mielipide saamastaan hoidosta ja rintakipupotilaan hoitoprosessin tämänhetkisestä toimi-

vuudesta. Kysely oli jaettu kuuteen eri osaan: taustatietoihin, hoitoon pääsyyn ja ensihoitoon, rintakipuoireiden sairaalahoitoon, myöhemmin tehtävien lisätutkimusten tai toimenpiteiden odotusaikaan, myöhemmin tehtäviin lisätutkimuksiin sekä jatkohoitoon, koska rintakipupotilaan hoitoprosessin pituus vaihtelee kohtauksen ja taudin vaikeusasteen mukaan.

Kyselylomake tulee esitellä mahdollisten virheiden karsimiseksi ja kysymysten yksiselitteisyyden takaamiseksi (Vilkkä 2007, 24, 36, 44, 80- 88; Hirsjärvi ym. 2004, 146, 149, 187- 193; Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 29; Koivula ym. 1999, 25). Kyselylomake oli tarkoitettu esitellä Kouvolan pääterveysasemalla huhtikuussa 2010, mutta tuona aikana ei osastolla ilmeisesti ollut sopivia potilaita. Testaaminen suoritettiin terveysalan asiantuntijoilla sekä muun alan edustajalla ja lomaketta muokattiin ehdotusten mukaisesti.

5.4 Kohdejoukon kuvaaminen

Kvantitatiivisen tutkimuksen onnistumiseksi tarvitaan laaja tutkimustehtävän mukaisesti määritelty tutkimus- eli perusjoukko. Kohdeperusjoukolla tarkoitetaan kaikkia tutkimuskriteerit täyttäviä potilaita ja kehikkoperusjoukkoon kuuluvat yksilöt, jotka voidaan käytännössä tavoittaa. Kyselyyn vastataan tarkimmin, mikäli asia on haastateltavalle tuttu ja mielenkiintoinen. (Heikkilä 2004, 34; Hirsjärvi ym. 2004, 131; Holopainen & Pulkkinen 2002, 12; Koivula ym. 1999, 35.) Kohdeperusjoukon potilaiden oireet liittyivät sepelvaltimotautiin ja kehikkoperusjoukko muodostui sydänpotilaan ensitietokurssille osallistuneista kouvolaalaisista potilaista.

5.4.1 Otanta

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan suorittaa joko kokonais- tai otantatutkimuksena. Otannan laajuus määrittelee tuloksista tehtävien analyysien käyttömahdollisuudet sekä ottaa huomioon mahdollisen tutkimuslomakkeiden kadon. Pienelle, alle sadan henkilön perusjoukolle kannattaa suorittaa kokonaistutkimus. Suuresta perusjoukosta joudutaan tekemään otanta, joka vastaa perusjoukkoa tutkittavien ominaisuuksien suhteen. (Vilkkä 2007, 27; Holopainen ym. 2004, 15;

Holopainen & Pulkkinen 2002, 27, 29; Alkula ym.1999, 106- 109.) Tähän tutkimukseen osallistui kokonaisotannalla touko-kesäkuussa 2010 kuuden viikon aikana eri terveydenhuollon pisteistä kotitutuneet kouvolaalaiset rintakipupotilaat.

Ryväsotannassa tutkittavaksi otetaan haluttuja potilasryhmiä sovituilta alueilta ja näiden sisällä haastateltavat valitaan satunnaisesti. Halutaan tutkia ilmiöön liittyvää perusjoukkoa. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 29- 35, 36; Metsämuuronen 2001, 37- 40; Valli 2001, 102- 105; Alkula ym.1999, 110- 113; Koivula ym. 1999, 25). Tutkimukseen osallistui ryväsotannalla rintakipupotilaan ensitietokurssilla tutkimukseen osoitetietonsa antaneet potilaat, osallistuminen oli vapaaehtoista.

Otantamenetelmät voidaan jakaa todennäköisyyteen perustuviin menetelmiin ja saada näin tulokseksi otos tietyistä joukosta. Muut menetelmät tuottavat näytteen jostakin perusjoukosta. (Vilkkä 2007, 27; Holopainen ym. 2004, 15; Holopainen & Pulkkinen 2002, 27, 29; Alkula ym.1999, 106- 109.) Otos oli eitodennäköisyyteen perustuva, koska tutkimusajankohtana hoitokontaktissa olleiden potilaiden todennäköisyyttä tulla valituksi otokseen ei tiedetty. Hoitohenkilökunta jakoi kotiutusvaiheessa kyselylomakkeita sopiviksi katsomilleen potilaille, jotka psykofyysisen tilansa puolesta olivat kykeneviä vastaamaan tutkimukseen.

Tämä tutkimus toteutettiin määrällisenä puolistrukturoituna kyselynä, jossa tutkimuksen kohdeperusjoukoksi määriteltiin aluksi 100 ja myöhemmin 130 sepelvaltimotautia sairastavaa rintakipupotilasta. Haluttiin suur Kouvolan alueelta mahdollisimman kattavasti eri kotiutumispisteistä kotiutuvien rintakipupotilaiden mielipide omista kokemuksistaan hoitoprosessinsa aikana.

Kyselylomakkeet toimitettiin jakelupisteisiin toukokuun 2010 puolivälissä, jolloin edeltävästi soitettiin alueiden vastaaville hoitajille sekä lähettiin asiasta sähköpostiviesti. Kyselylomaketta jaettiin kouvolaalaisen rintakipupotilaan kotiutuessa Kuusankosken aluesairaalan sisätautivuodeosastoilta 2 ja 5, Kouvolan terveyskeskuksen vo 1 ja 6, Kymenlaakson keskussairaalan sisätautivo 6B ja 6A, Kuusankosken aluesairaalan ensiavusta, Kouvolan terveyskeskusten

yhteispäivystyksestä sekä alueen terveyskeskuksissa (Elimäki, Jaala, Valkeala, Kuusankoski, Kouvola, Keltakangas, Voikkaa) päiväpäivystyksissä käyneille potilaille, sydänhoitajille edelleen jaettaviksi. Maaliskuussa 2010 Kuusankosken aluesairaalassa järjestetyille sydänpotilaan ensitietokurssille osallistuneille kehikkoperusjoukon potilaille toimitettiin kyselylomakkeet postitse. Paikallisen sydänyhdistyksen kokoontumisia ei pystytty hyödyntämään tutkimusajankohdan siirtyessä alkukesään.

Hoitohenkilökunta jakoi kotiutusvaiheessa kyselylomakkeet tutkimukseen sopiviksi katsomilleen potilaille, jolloin potilas ja tutkija eivät tavanneet toisiaan. Kyselyn mukana oli valmiiksi maksettu postituskuori, jonka avulla vastaukset palautuivat nimettöminä. Kesäkuun alussa tehtiin uusintakierros jakelupisteisiin tai tiedusteltiin muuten lomakkeiden riittävyyttä sekä pyrittiin tasaamaan lomakkeita oletettavan menekin mukaan. Kyselylomakkeita vietiin tässä vaiheessa 30 kappaletta lisää Kymenlaakson keskussairaalaan sekä aluesairaalan sydänhoitajalle. Tutkimuslomakkeet palautuivat touko-kesäkuussa postitse maksetuissa kirjekuorissa. Elokuun alussa tehtiin vielä soittokierros ja tarkistettiin jakamattomien lomakkeiden lukumäärä.

5.4.2 Kyselyyn vastaaminen

Kyselyn avulla on mahdollisuus tavoittaa suuri joukko eri puolilla asuvia vastajia, mutta ongelmana on tutkimuslomakkeiden epätasainen palautuminen eli kato. Normaali vastausprosentti vaihtelee 20- 80 %:n välillä lähetetyistä lomakkeista, mutta jää yleensä alle 60 %. Mikäli tutkimukseen valittu otos on tarkoin harkittu ja aihe heille mielenkiintoinen voi vastausprosentti olla korkeampi 70-80 %. (Vilkka 2007, 28- 35; Heikkilä 2004, 16; Hirsjärvi ym.2004, 180- 186, 194-206; Järvinen & Järvinen 2004, 147-154; Valli 2001, 100- 101; Alkula ym.1999,118; Koivula, Suihko & Tyrväinen 1999, 44,46.) Kirjallinen kysely valittiin sähköisen sijaan kyselyyn osallistuvien arvioidun iän perusteella. Kyselylomakkeet oli mahdollisuus toimittaa jakelupisteisiin, eikä potilastietoihin tarvinnut puuttua missään vaiheessa hoitohenkilökunnan jakaessa lomakkeet potilaille.

Postitse tai Internetin kautta lähetettävissä kyselyissä korostuu saatekirjeen merkitys, josta tulee ilmetä selkeästi tutkimuksen nimi, tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuksen osapuolet: tutkija, rahoittaja, tilaaja, ohjaaja sekä kohderyhmä. Saatekirjeen tulisi houkutella ja motivoida vastaamaan, sen tulisi tuntua kyselyyn osallistuvalla tärkeältä. Siinä ilmaistaan tutkimuksen valmistumisajankohta sekä käyttötarkoitus ja säilytyspaikka. On muistettava mainita haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuus ja anonymiyden säilyminen sekä lomakkeen palautustapa ja kyselyn keston määräaika. Tutkittavalle tulee antaa haastattelijan tai vastaavan henkilön yhteystiedot. (Vilkkä 2007, 80- 88.)

Tässä kyselyssä oli mukana sivun pituinen saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja siitä mihin tuloksia käytetään (liite2). Lomakkeita jakavalle terveydenhuoltohenkilökunnalle oli laadittu myös oma saatekirjeensä. Kyselylomakkeessa oli jokaisen kyselyalueen alussa vielä vastausohjeita. Tutkimuslomakkeen kysymyksissä käytettiin monivalinta- sekä avoimia kysymyksiä, joilla annettiin potilaille mahdollisuus selittää asioita.

5.5 Analyysimenetelmät

Tutkimuslomakkeiden palautumisen tai tutkimuskysymysten teon jälkeen alkaa aineiston analysointivaihe. Paperisille kyselylomakkeille kerätyt tiedot tulee järjestää havaintomatriisiksi ja poistaa mahdollisesti virheellisesti täytetyt lomakkeet tai tutkimusongelmaan vastaamattomat kysymykset. Havaintomatriisissa tutkimusaineisto on kirjoitettu taulukon muotoon, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia. Tietojen numeerinen tallennus ja analysointi vaativat aineiston järjestämistä ja koodausta tietokoneelle. Hyvin suunnitellun kyselylomakkeen tiedot on helppo syöttää laskentaohjelmaan, kun muuttujat on etukäteen määritetty. (Heikkilä 2005, 123, 142- 144; Hirsjärvi ym.2004, 209- 211,131; Koivula ym. 1999, 35.) Kyselylomakkeita luettiin ensin läpi, että saatiin käsitys kuinka potilaat olivat ymmärtäneet kysymykset ja olivatko vastaukset valideja kysymyksiin nähden. Kyselyn vastaukset (N=24) siirrettiin manuaalisesti ensin excel- taulukkoon ja myöhemmin SPSS- tietojenkäsittelyohjelman havaintomatriisiin. Tutkimuskysymykset kopioitiin kyselylomakkeesta

SPSS-ohjelman variable view - ja vastaukset lisättiin numeraalisesti data view – näytöille.

Lopuksi tulokset analysoidaan tilastollisesti sopivin menetelmin, esimerkiksi frekvensseinä ja prosentteina, joilla vastataan tutkimusongelmiin. (Heikkilä 2005, 123, 142- 144; Hirsjärvi ym.2004, 209- 211,131; Koivula ym. 1999, 35.) Tuloksia voidaan käsitellä erilaisin mitta-asteikoin: nominaaliasteikossa erotellaan luokat laadullisesti, ordinaali- eli järjestysasteikolla muuttujien arvot voidaan järjestää mitattavan ominaisuuden mukaan. (Heikkilä 2004, 81; Järvinen & Järvinen 2004, 162). Asioiden yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia mitattaessa, valitaan nominaaliasteikko, jota nimitetään myös, laatuero- tai luokitteluasteikoksi. Nominaaliasteikolla havainnot kuuluvat vain yhteen luokkaan, esimerkiksi sukupuoli, siviilisäätty, veriryhmä. (Vilkka 2007, 45- 49; Heikkilä 2004, 81; Holopainen ym. 2004, 27; Järvinen & Järvinen 2004, 169; Valli 2001, 106- 108.) Järjestys- eli ordinaaliasteikon avulla pystytään luokittelemaan tutkittavia asioita, joilla on jokin selvä järjestys esimerkiksi kilpailutulokset, mielipidemittaukset tai vaihtoehtojen paremmuusjärjestys. Järjestysasteikolla ei yleensä lasketa keskiarvoja. (Heikkilä 2004, 81- 82; Holopainen ym. 2004, 27; Järvinen & Järvinen 2004, 169; Holopainen & Pulkkinen 2002, 13.)

Kysymykset luokiteltiin SPSS- ohjelmassa nominaali- tai ordinaaliasteikkoihin, jolloin tuloksista muodostui frekvenssejä. Prosentteja ei käytetty kuvaamaan tuloksia aineiston pienuuden vuoksi. Ennalta numeroidut tutkimuskysymykset helpottivat analysointivaihetta. Puolistrukturoidussa lomakkeessa oli kysymysten joukossa myös ennalta vakioimattomia osioita eli avoimia vastausvaihtoehtoja, joista yhdistettiin samanlaiset vastaukset sekä kerrottiin niistä sanallisesti. Joitakin potilaiden kertomia asioita myös lainattiin sanallisessa muodossa tulostukseen.

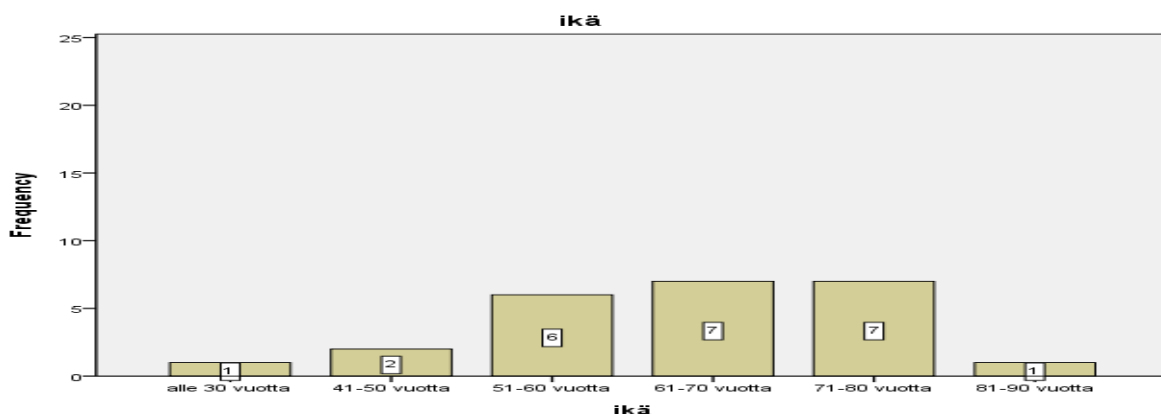
6 TULOKSET

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saatuja tutkimustuloksia kuvataan esimerkiksi kuvioina, teksteinä tai numeerisesti. Kuviot antavat nopean yleiskuvan jakaumasta. Pylväskuvion avulla kuvataan havaintojen määrää eri luokissa. (Vilkkä 2007, 134-135.)

Eri vastausosioissa on vaihteleva määrä vastauksia, mikä johtui potilaiden erilaisista hoitopoluista sekä heidän peruskunnostaan hoitoon hakeutuessa, jolloin kaikki eivät tarvinneet sairaalahoitoa tai jatkohoitoa sairaalassa toimenpiteiden jälkeen. Kysymyksiin vastanneiden potilaiden kokonaismäärää on kuvattu N- ja eri alakysymyksiin vastanneiden määrää n-kirjaimella. Avoimista kysymyksistä on kerrottu potilaiden esimerkkejä lainausmerkeissä sekä ilmoitettu määriä n-kirjaimella. Potilaat ovat vastanneet ohjeiden mukaisesti heitä koskeviin kysymyksiin eli avoimissa vastausvaihtoehdoissa kuvattiin omia kokemuksia saadusta hoidosta ja suljetuista kysymyksistä valittiin omaa mielipidettä vastaava vaihtoehto.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Potilaista (N=24) 20 oli 51- 80vuotiaita, joista 18 oli miehiä. Naisista kolme oli 51- 60 ja kaksi 61- 70vuotiasta ja vain yksi alle 30-vuotias (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien ikäjakauma (N=24)

Vastaajista suurin osa asui Kuusankoski-Kouvola-Valkeala alueella (n=20). Potilaita oli Kuusankoskelta (n=8), Kouvola (n=6), Valkealasta (n=6), Keltakankaalta (n=2), Elimäeltä (n=1) ja Jaalasta (n=1).

6.2 Rintakipupotilaiden kokemuksia hoitoonpääsystään

Potilaat olivat pääosin hälyttäneet avun (N=23) itse (n=14). Lääkärin vastaanotolle oli hakeuduttu muuten kuin akuutin rintakivun vuoksi, epämääräisin oirein (n=4). Omaiset olivat myös toimittaneet potilaita terveyskeskuksen akuuttivastaanotolle (n=2).

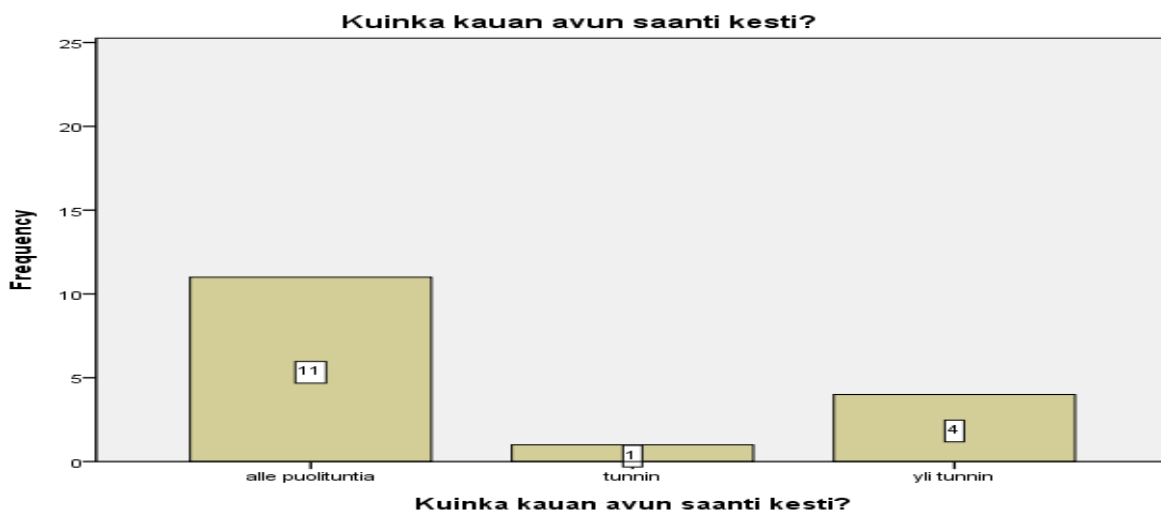
6.2.1 Rintakipuun liittyviä oireita, joiden vuoksi hakeuduttiin hoitoon

Potilaiden (N=24) pääasiallisin hoitoa vaativa oire (n=14) oli rintakipu ja hengenahdistus, mutta joukossa oli myös kivutonta yleistilan laskua (n=3) tai rintakipua ja rytmihäiriötuntemuksia (n=4) sekä rintakipua, kylmänhikisyyttä ja tuskaisuutta (n=7). Kerrottiin myös perusteellisesta väsymyksestä (n=1), vasemman käden kivusta (n=1) sekä voimakkaasta yli 15 minuuttia kestävästä rintakivusta (n=1). Rintakipu, pahoinvointi ja oksentaminen (n=1) mainittiin sekä rytmihäiriötuntemukset ilman rintakipua (n=2). Potilailla oli ollut muitakin oireita, kuten hengenahdistusta (n=2) ja huimausta (n=1) tai laskimotukosoireita (n=1), joista EKG:n perusteella oli huomattu rintakipuoire. Joillakin potilailla ei heti havaittu rintakipuoireita ja he saivat aluksi muita diagnooseja oireilleen (n=2), kuten lihaspistot, migreeni tai yskä (n=1).

6.2.2 Rintakipupotilaiden kokemuksia avunsaannistaan

Avunsaannin kesto (kuvio 5) -kysymykseen (N=16) ei oltu joko vastattu tai kerrottiin muunlaisesta hakeutumisesta lääkärin vastaanotolle (n=9).

Avun saanti oli kestänyt useimmilla akuuteista oireista kertoneilla potilailla alle puoli tuntia (n=11). Tunnin tai enemmän apua odottaneet olivat olleet metsässä (n=1), apu oli aloitettu kotona lääkärikäynnillä (n=1) tai aluesairaalassa (n=3).

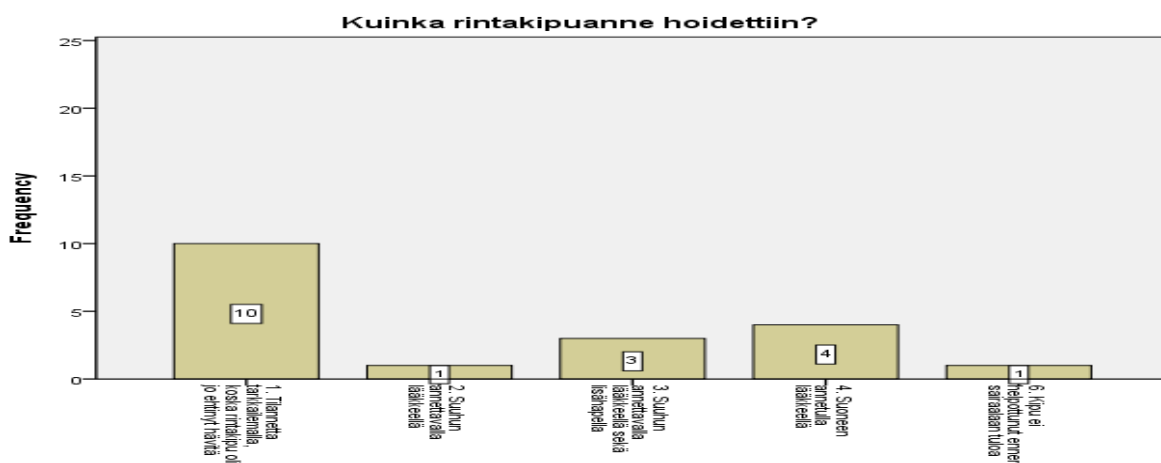


KUVIO 5. Avunsaannin kesto (N=16)

Potilaiden hoito aloitettiin (N=24) kotona (n=6), terveyskeskuspäivystyksessä (n=9), aluesairaalassa (n=5), työterveyslääkärin vastaanotolla (n=2), kotilääkärin vastaanotolla (n=1) tai metsässä (n=1).

6.3 Rintakipupotilaiden kokemuksia hoidon aloituksesta

Potilaiden rintakipuoireiden (N=19) hoito (kuvio 6) oli toteutunut pääasiassa tilannetta tarkkailemalla, koska rintakipu oli jo ehtinyt hävitä (n=10). Potilaat kertoivat myös, ettei kipua helpottanut ennen sairaalaan tuloa (n=1), tehdystä rytminsiirrosta (n=1) ja väärästä diagnoosista sekä väärästä lääkityksestä (n=1). Tarkkailussa olleista potilaista osa sai lisäksi lääkitystä suun kautta (n=2) sekä lisähappea ja lääkitystä suun kautta (n=4) tai suoneen annettuja lääkkeitä (n=4).



KUVIO 6. Rintakivun hoito

Hoitoon hakeutumisen syynä (kuvio 7) oli yleensä rintatuntemukset (N=20). Osalle potilaista tämä oli ensimmäinen rintakipukohtaus (n=9), tosin tähän kohtaan oli käsin lisätty rintakipua olleen lievempänä jo aiemminkin (n=1). Toisilla oli ollut useita rintakipukohtauksia aiemmin (n=9), tämä oli toinen kohtaus (n=2) ja muutama potilas jätti vastaamatta kysymykseen (n=4). Eräässä vastauksessa kerrottiin, ettei varsinaisia rintakipukohtauksia ole ollut (n=1).



KUVIO 7. Kipukohtausten määrä (N=20)

Ensihoito eli ensimmäisenä saatu hoito (N=23) koettiin pääosin hyväksi (n=17). Huonoksi hoito koettiin (n=3), mikäli potilaan oireita ei otettu vakavasti, odotus terveyskeskuspäivystyksessä oli liian pitkä (2h) tai diagnoosi oli aluksi väärä. Muutama potilas ei osannut arvioida saamaansa hoitoa (n=2) tai ei vastannut kysymykseen (n=1).

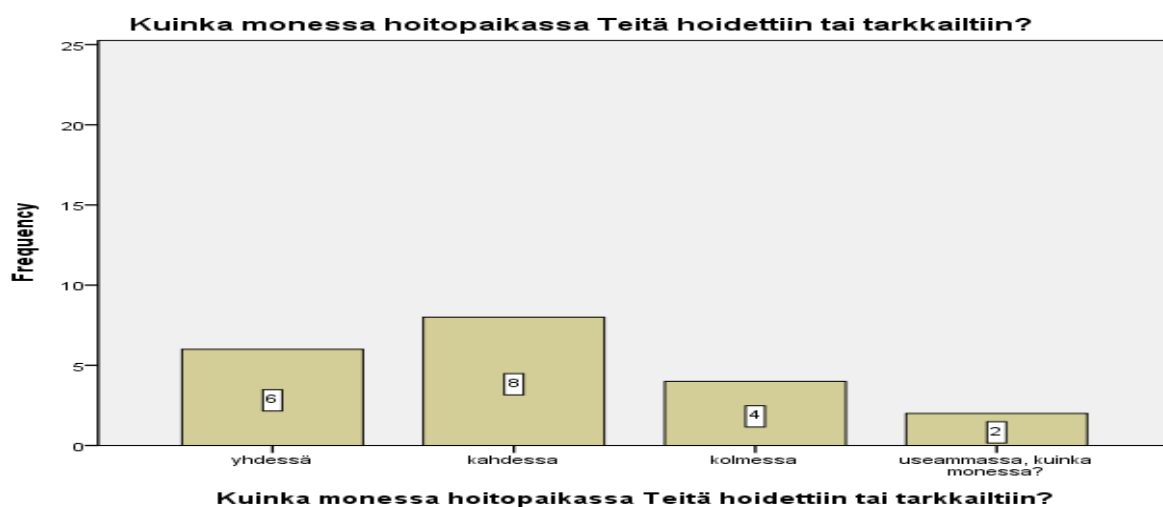
Tutkimustulosten mukaan (N=23) potilaita hoidettiin Kuusankosken aluesairaalan päivystyksessä/valvonnassa (n=19), joista osaa myös terveyskeskuspäivystyksessä (n=2) tai keskussairaalassa (n=3). Ainoastaan terveyskeskuspäivystyksessä hoidettiin muutama potilas (n=4).

Alkuvaiheen tarkkailu (kuvio 8) ensimmäisessä hoitopaikassa (N=22) oli kestänyt alle kaksi tuntia (n=8), alle neljä tuntia (n=5), puoli vuorokautta (n=3), vuorokauden (n=2) ja yli vuorokauden (n=4). Myös kolmen vuorokauden hoitojaksoista kerrottiin (n=2) tai kysymykseen ei vastattu (n=2).



KUVIO 8. Hoidon tai tarkkailun kesto ensimmäisessä hoitopaikassa (N=22)

Alkuvaiheen hoidon ja tarkkailun (N=20) kerrottiin tapahtuneen yhdessä hoitopaikassa (n=6), kahdessa (n=8), kolmessa eri paikassa (n=4) ja tätä useammassa (=2), joista toinen kertoi neljästä hoitopaikasta. (kuvio 9).



KUVIO 9. Hoitopaikkojen lukumäärä (N=20)

Suurin osa potilaista (N=23) kertoi ohjauksesta myöhemmin tapahtuviin lisätutkimuksiin (n=18), mutta muutamia potilaita ei ohjattu eteenpäin (n=5).

Eräs potilas kuvaili tilannettaan rintakipukohtauksen jälkeen seuraavasti:

”3 kertaa Tk:ssa, 3 kertaa yksityislääkärissä ja 2 kertaa alueasiraalassa, josta lähete KOKS. Pääsy KOKS hoitoon noin 8,5 kk”.

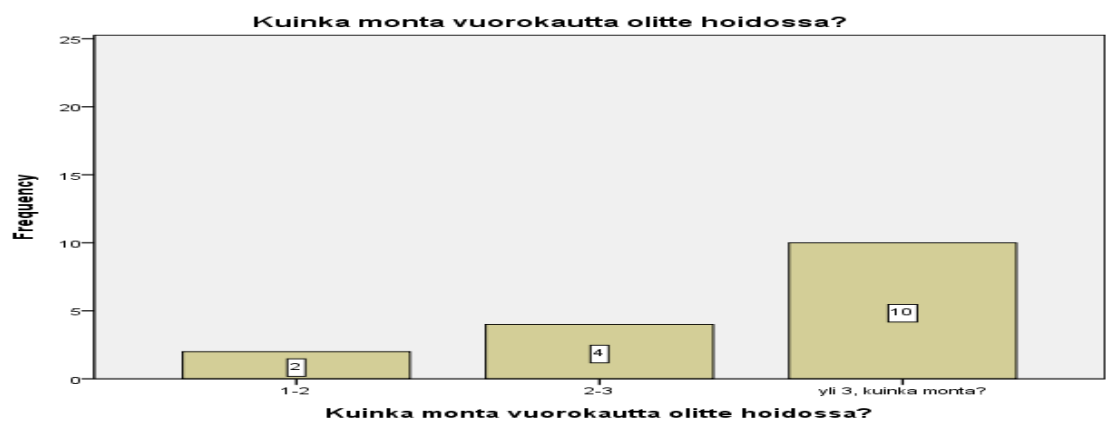
6.4 Rintakipupotilaiden sairaalahoidon toteutuminen

Päivystyksestä sairaalahoitoon tai terveyskeskuksen vuodeosastolle (kuvio 10) siirtyneitä potilaita (N=17) oli hoidettu keskussairaalan vuodeosastolla tai sydänvalvonnassa (n=11), joista kahta myös aluesairaalassa. Muutamia potilaita oli hoidettu yksinomaan aluesairaalan osastolla, valvomossa (n=4) tai poliklinisesti aluesairaalan sisätautipoliklinikalla (n=1). Osa potilaista ei tarvinnut tässä vaiheessa sairaalahoitoa tai vastannut kysymykseen (n=8).



KUVIO 10. Sairaalahoito (N=16)

Potilaita oli hoidettu tai tarkkailtu sairaalassa (N=16) yhdestä kahteen vuorokautta (n=2), kahdesta kolmeen vuorokautta (n=4) ja suuri osa potilasta oli ollut yli kolme vuorokautta hoidossa (n=10). Nämä potilaat kertoivat olleensa sairaalassa neljästä 17:sta vuorokautta, joista yksi kertoi käyneensä poliklinisesti viidestä kuuteen kertaa hoidossa (kuvio 11).



KUVIO 11. Sairaalahoidon kesto (N=16)

Sairaalahoitoa saaneista potilaista (N=16) osa kertoi saaneensa ohjeet oireiden mahdollisesti uusiutuessa (n=15), joku ei havainnut saaneensa ohjeita (n=1) ja muutama potilasta ei vastannut kysymykseen (n=8).

Sama joukko oli saanut myös sydänhoitajan ohjauksen. Pääasiassa potilaita oli ohjannut hoitava lääkäri (n=16), sairaanhoitaja (n=8), ravitsemusterapeutti (n=6), fysioterapeutti (n=3) ja diabeteshoitaja (n=1).

Useimpien potilaiden mielestä sairaalassa annettu ohjaus (N=16) oli riittävää (n=13). Ohjaus koettiin riittämättömäksi, mikäli oltiin muun sairauden vuoksi hoidettavana (n=1). Muutama potilas ei osannut arvioida ohjauksen riittävyyttä (n=2) tai ei vastannut kysymykseen (n=8).

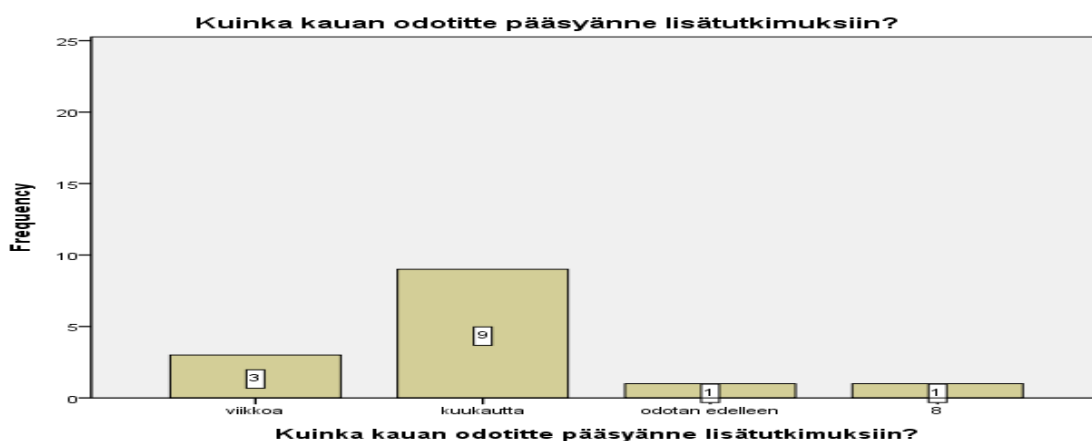
Potilaiden mielestä (N=14) annettu ohjaus oli yhteneväistä (n=12). Potilaat kokivat ohjauksen ristiriitaiseksi (n=2), kun eivät mielestään saaneet riittävästi keskustella lääkärin kanssa. Osa potilaista ei vastannut kysymykseen (n=10).

Lääkäreitten antamaan ohjaukseen (N=15) oltiin erittäin tyytyväisiä (n=5), ohjaus koettiin hyväksi (n=8) tai huonoksi (n=2) välinpitämättömän käytöksen vuoksi. Sairaanhoitajien antamaa ohjausta (N=13) pidettiin erittäin hyvänä (n=6), hyvänä (n=5) ja huonona (n=2). Perus- ja lähihoitajien ohjaus (N=8) koettiin erittäin hyväksi (n=3), hyväksi (n=4) ja huonoksi (n=1). Muiden hoitajien (N=12), kuten sydän- ja diabeteshoitajien ohjaus oli erittäin hyvää (n=4) ja hyvää (n=8) potilaan mielestä. Osa potilasta (n=8) ei vastannut kysymykseen.

Potilaiden (N=17) sairaalahoidolle asetetut tavoitteet täyttyivät (n=14). Tyytymättömiä (n=2) oltiin, koska sairaus ei parantunut tai kohtelu koettiin huonoksi. Olisi haluttu tietoa (n=1), milloin pallolaajennus olisi tarpeellinen ja selvityksen miksei sitä tehty.

6.5 Rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten tai toimenpiteiden odotusaika

Lisätutkimuksiin pääsyä (N=14) oli odotettu useita kuukausia (kuvio 12), yhdestä 8,5 kuukauteen (n=9), osa oli päässyt kahden tai kolmen viikon kuluessa lisätutkimuksiin (n=3), joku potilas oli hoidettu heti ensioireiden jälkeen (n=1) ja joku odotti tutkimuksiin pääsyä edelleen (n=1). Osa potilasta ei vastannut kysymykseen (n=10).



KUVIO 12. Odotusaika lisätutkimuksiin (N=14)

Lisätutkimusten odottaminen (N=14) sujui osalla potilaista oireisiin nähden hyvin (n=7) tai kohtuullisesti (n=6) ja joillakin huonosti (n=2). Jollakin potilaalla oli ollut jatkuvia kipuja koko kolmen kuukauden odotusajan (n=1) ja joku oli ollut peloissaan toistuvien kipukohtausten vuoksi ja mielestään pääsi varjoainekuvaukseen omalla aktiivisuudellaan (n=1). Potilas kertoi lähes kolmen kuukauden odotusajasta rasitus ekg:n ja ultraäänitutkimuksen jälkeen, vaikka hänellä oli 90 %:n ahtauma, jolloin hän oli kohtausten ja epätietoisuuden vallitessa hakeutunut ensiavun kautta päivystyspotilaana varjoainekuvaukseen.

Potilaiden mukaan keskimääräinen tutkimusten tai toimenpiteiden odotusaika oli kolme kuukautta. Tehtyjä tutkimuksia oli lisäksi kirjoitettu haastattelulomakkeelle kyseisen hoitopaikan jälkeen. EKG oli tehty yleensä perusterveydenhuollossa ja Rasitus- EKG alue- tai keskussairaalassa.

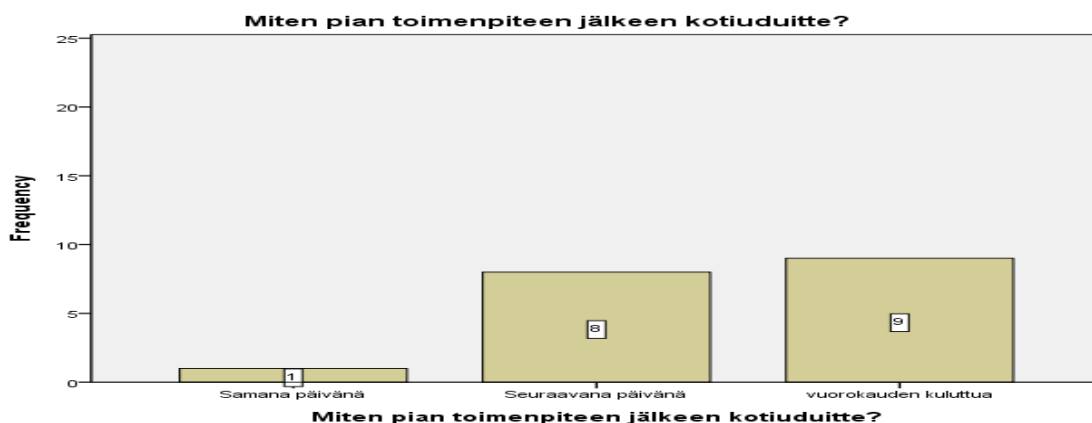
Osa potilaista (n=13) oli saanut toimintaohjeita oireiden toistuessa, toisilla oli uusia rintakipukohtauksia odotusaikana (n=6) ja muutamilla potilailla (n=9) niitä ei esiintynyt.

Suunnitellusta toimenpiteestä potilaita oli ohjattu keskussairaalan kardiologisella poliklinikalla (n=7) tai aluesairaalan sisätautien poliklinikalla (n=5). Muutamia potilaita oli ohjannut lähetteen tehnyt lääkäri terveyskeskuksessa (n=3) tai työterveyshuollon lääkäri (n=2). Jotkut potilaat olivat saaneet ohjausta useammassa paikassa (n=3) ja osa potilaista ei ollut vastannut kysymykseen (n=9).

6.6 Rintakipupotilaiden ohjaus myöhemmin tehtävien lisätutkimusten tai toimenpiteiden yhteydessä

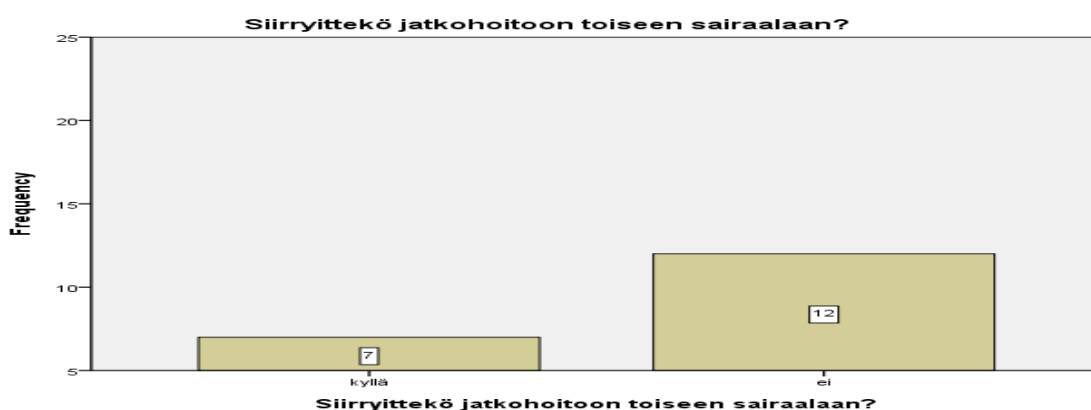
Potilaista (N=19) oli joskus tehty sepelvaltimoiden varjoainokuvaus (n=16), joista vain yhdelle se oli ainoa toimenpide. Potilaat olivat olleet sepelvaltimotoimenpiteessä, jolla tarkoitetaan pallolaajennusta (PTCA) tai pallolaajennusta ja stentin laittoa (PCI) (n=9), joista muutamalle (n=2) ei tehty muita toimenpiteitä. Ohitusleikkaus (CABG) oli tehty muutamalle (n=4) ja heille oli tehty myös muita toimenpiteitä. Muita tutkimuksia olivat Rasitus- EKG (n=7) ja sydämen rytminsiirto (n=1) muiden toimenpiteiden ohessa tai tahdistimen asennus (n=2). Osa potilaista ei vastannut kysymykseen (n=5).

Samana päivänä tutkimusten tai toimenpiteiden jälkeen (kuvio 13) kotiuduttiin harvoin (n=1). Suurin osa potilaista kotiutui seuraavana päivänä (n=8) tai useiden vuorokausien (2-12 vrk) kuluttua (n=9).



KUVIO 13. Toimenpiteiden jälkeinen kotiutuminen (N=18)

Sydäntoimenpiteen jälkeen (kuvio 14) (N=19) siirryttiin jatkohoitoon toiseen sairaalaan (n=7) tai suoraan kotiin (n=12).



KUVIO 14. Siirtyminen jatkohoitoon

Sairaalassa (N=19) oli yleensä saatu kirjallisia ohjeita (n=17) ja suullisia ohjeita olivat saaneet kaikki potilaat (n=19).

Potilaita (N=19) oli ohjannut sydänhoitaja (n=12), lääkäri (n=16), sydänvalvonnan henkilökunta (n=10), ravitsemusterapeutti (n=4), diabeteshoitaja (n=1) ja angiologian henkilökunta (n=1).

Saatu ohjaus (N=19) koettiin pääasiassa riittäväksi ja yhteneväiseksi (n=18).

Kaikki sairaalassa olleet potilaat (N=19) olivat saaneet eri henkilökuntaryhmiltä tukea, neuvoa tai ohjausta. Sairaalahoito koettiin pääosin erinomaisesti järjeste-

tyksi ja tiedonsaanti sairauteen liittyvistä asioista oli tutkimustulosten mukaan lähes aukotonta. Lääkärit olivat myös ohjanneet kaikkia (N=19) ja heidän ohjauksensa koettiin erinomaiseksi (n=9), hyväksi (n=8) tai huonoksi (n=2). Potilaat olisivat halunneet keskustella enemmän kotiutustilanteessa tai olivat pettyneitä välinpitämättömään kohteluun.

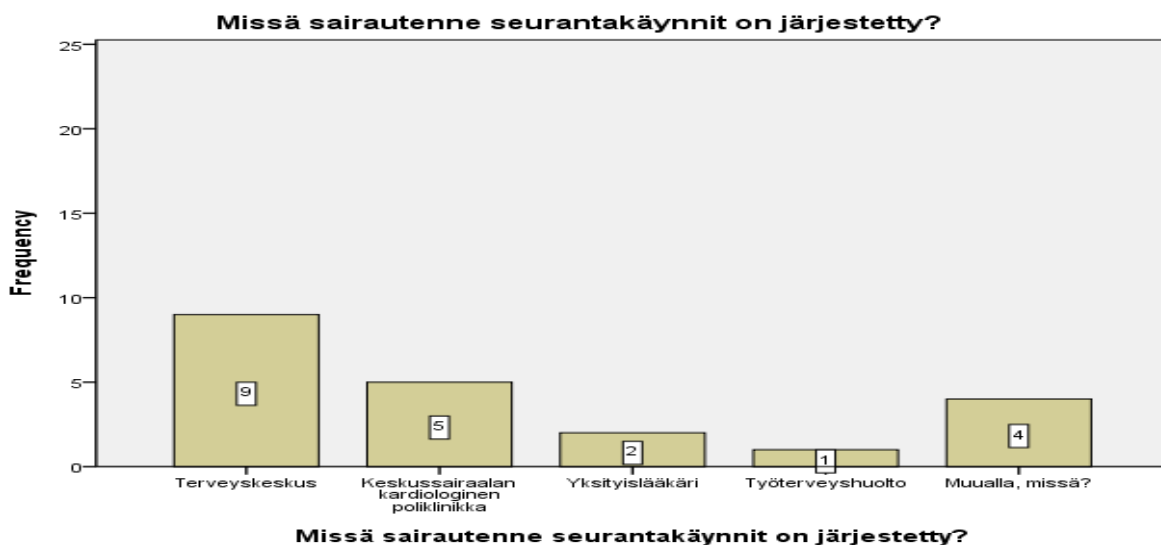
Sairaanhoitajien (N=17) ohjausta kuvattiin erittäin hyväksi (n=9) tai hyväksi (n=7) ja huonoksi (n=1). Perus- ja lähihoitajien antama tuki (N=10) oli erittäin hyvää (n=4), hyvää (n=4) tai huonoa (n=2). Muiden (N=12), kuten sydän- ja diabeteshoitajan tai ravitsemusterapeutin antama ohjaus oli erittäin hyvää (n=7), hyvää (n=3) tai huonoa (n=2).

Sairaalahoidolle asetetut tavoitteet täyttyivät suurimmalle osalle (n=17) potilaista.

Sydänhoitajan ohjauksen (N=17) oli saanut (n=16) potilasta. Potilaista osa (N=14) koki saamansa ohjauksen olleen yhteneväistä kaikkien henkilökuntaryhmien antamana (n=12). Sairaalahoidolle asetetut odotukset (N=16) täyttyivät suurimmalle osalle (n=14) potilaista. Lääkäreiden antama ohjaus (N=15) koettiin hyväksi (n=8), sairaanhoitajien (N=13) erittäin hyväksi (n=6), perus- ja lähihoitajien (N=12) ohjaus oli hyvää (n=8) potilaiden mielestä. Muiden hoitoon osallistuvien eli diabeteshoitajan, sydänhoitajan, ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin ohjaus (N=12) koettiin hyväksi (n=8).

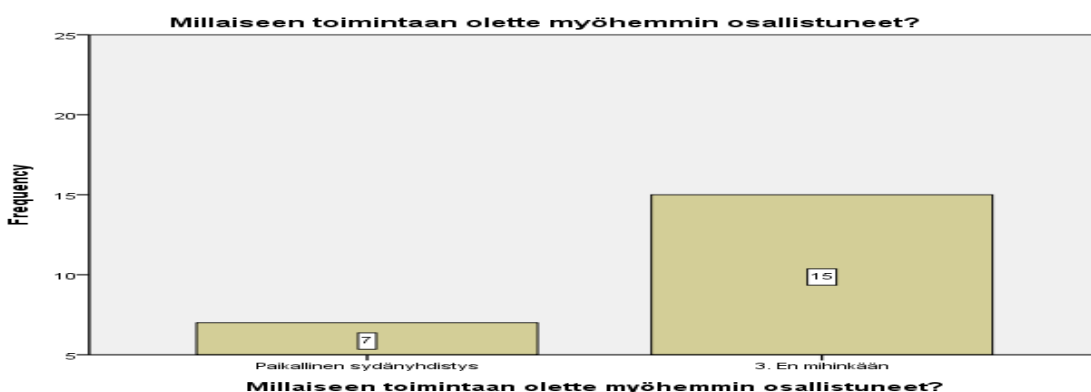
6.7 Rintakipupotilaiden jatkohoidon on järjestyminen

Sydänsairauden seurantakäynnit (N=21) oli järjestetty osalla potilaista (n=9) ainoastaan terveystieteiden keskuksessa, kardiologisella poliklinikalla (n=5) ja muutamalla potilaalla (n=4) ei ollut käsitystä jatkohoidostaan. Jatkohoittoa oli myös sekä terveystieteiden keskuksessa että erikoissairaanhoidossa (n=3) (kuviot 15).



KUVIO 15. Sairauteen liittyvät seurantakäynnit (N=21)

Potilaista (N=22) osa ei ollut osallistunut minkäänlaiseen sydänyhdistys- tai muuhun ohjaustoimintaan kotiuduttuaan (n=15) (kuvio 16).



KUVIO 16. Osallistuminen rintakipupotilaille järjestettyyn toimintaan (N=22)

Kysymyksessä sairauden vaikutuksesta tai muutoksesta omaan elämään (N=23) vastattiin myös avoimiin kysymyksiin vointia kuvaillen. Muutama potilas oli lopettanut tupakoinnin (n=3), tehnyt ruokavaliomuutoksia (n=14) tai lisännyt liikuntaansa (n=12). Myös painoa oli seurattu (n=9) ja pyrittiin välttämään stressiä (n=10). Alkoholin käyttöön kiinnitettiin huomiota (n=6), vaikka monet kertoivat sen olleen vähäistä jo aiemminkin. Lääkkeiden lisääntymiseen kiinnitettiin huomiota (n=15). Muutama potilaista ilmoitti, ettei sairaus ole muuttanut heidän elämäänsä mitenkään (n=3), vaan jatkavat kuten ennenkin.

Elämänlaadun paranemista kerrotaan kipujen ja väsymisen vähenemisenä sekä olon keventymisenä (n=7).

”Olo on keventynyt, rintakivut ja ahdistus poissa.”

”Väsymys on vähentynyt”

”Muuttunut säännöllisemmäksi eläkeiän myötä”

”Pyrin ottamaan asiat rennommin kuin ennen.”

Sairauden koettiin rajoittavan elämää kipujen kroonistuessa, hengenahdistuksen ja sydämen vajaatoiminnan lisääntyessä sekä pelkona liikunnan vaikutuksista omaan vointiin(n=5).

”Hoidon pitkittyessä kivut ovat lisääntyneet.”

”...hengenahdistus ja sydämen vajaatoiminta on lisääntynyt.”

”Olen huolestunut omasta terveydestäni, en uskalla liikkua kuin ennen”

”Perhesuhteet kärsineet, kun en olekaan enää tehopakkaus”

Joku potilas oli huolestunut tulevaisuudestaan myös muiden taustasairauksien vuoksi voimien vähentyessä (n=3) ja joku potilas ei vastannut kysymyksiin (n=1).

7 LUOTETTAVUUS JA EETTISET KYSYMYKSET

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on esittää tutkimustulokset teorianmuodossa, jolloin ne voivat olla yleistettävissä.

7.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti on tutkimuksen tulosten ja päätelmien perustumista olemassa olevaan aineistoon ja sen analyysiin. Tutkimuksen validius tulee varmistaa jo tutkimusta aloitettaessa hyvällä suunnittelulla ja harkitulla tiedonkeruulla sekä perusjoukon tarkalla määrittelyllä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa sen hyvällä etukäteissuunnittelulla, esimerkiksi vastaajaryhmän tarkalla valinnalla, kysymysten selkeydellä ja yksiselitteisyydellä. (Hirsjärvi ym.2004, 213-218; Järvinen & Järvinen 2004, 162- 163.)

Tutkimuksen validiutta pyrittiin varmistamaan määrittelemällä perusjoukko niihin rintakipupotilaisiin, joiden oireet liittyivät sepelvaltimotautiin. Tutkimustulosten ajantasaisuus varmistettiin antamalla kyselylomakkeet potilaille, jotka juuri olivat olleet hoidossa. Tutkimus haluttiin myös kohdentaa niihin aiemmista tutkimuksista ilmenneisiin ikäryhmiin, joiden hoidosta perusterveydenhuolto vastaa jatkossakin ja tutkimuslomakkeet jaettiin kirjallisesti eikä Internetin välityksellä.

Tutkimuksen reliabiliudella eli mittauspysyvyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta samoin tuloksin, jolloin aineisto ja tulokset eivät ole olleet sattumanvaraisia. Onnistunut tilastollinen tutkimus on toistettavissa ja tuloksissa arvioidaan mittarin luotettavuutta sekä kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoitettu. (Hirsjärvi ym.2004, 213- 218,131; Järvinen & Järvinen 2004, 162- 163; Koivula ym. 1999, 35.)

Tutkimus olisi mielestäni toistettavissa samoin menetelmin, tuloksin ja aikaresurssein, koska vastaajajoukko oli aiempien tutkimusten mukainen. Potilaat vastasivat eri kysymyksiin osittain hiukan sattumanvaraisesti. Tutkimusajankohdasta syksy ja talvi saattaisivat tuoda enemmän vastausmateriaalia, jolloin esi-

merkiksi sydänyhdistysten toiminta on vireämpää ja henkilökunta on terveydenhuoltoalan toimipisteissä vähemmän vuosilomilla.

7.1.1 Mittarin luotettavuus

Tutkimustuloksia pidetään valideina, mikäli tutkimuksen vastausprosentti on suuri ja osallistujat antavat edustavan otoksen koko perusjoukosta. Kyselylomake tulee esitellä mahdollisten väärinymmärrysten korjaamiseksi ja tutkimustulosten validiteetin parantamiseksi. (Vilkkä 2007, 80- 88.) Kysymysten muotoilu on onnistunut, mikäli tutkimuskysymykset vastaavat tutkimusongelmiin (Vilkkä 2007, 24, 36, 44, 80- 88; Hirsjärvi ym. 2004, 146, 149, 187- 193; Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 29; Koivula ym. 1999, 25).

Tutkimusaikana terveydenhoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeita kehikkoporusjoukonpotilaille 37 kpl ja niistä palautui 24 kpl, tutkimuksen vastausprosentti oli 65 % (n=24).

Haastattelulomakkeen kysymyksiä hiottiin useita kertoja kevään 2010 aikana yhdessä Kouvolan kaupungin terveystalouden edustajien kanssa sekä opiskelijatyöryhmässä. Kyselylomakkeen kysymykset oli tarkoitus esitellä Kouvolan terveyskeskuksessa huhtikuussa 2010. Ilmeisesti tuona aikana ei ollut sopivaa potilasta ja esitestaus jäi terveys- ja muiden alojen asiantuntijoilla toteutettavaksi. Esitestaus olisi ollut luotettavampi juuri rintakipupotilaan hoitoprosessin läpikäyneellä henkilöllä.

7.1.2 Tiedonkeruun luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulisi pyrkiä mahdollisimman suureen otokseen tai kokonaistutkimukseen, jolloin kaikille määritellyyn ryhmään kuuluvilla on mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Otostutkimuksia käytettäessä tulee jokaisen otokseen valitun kuulua perusjoukkoon. Aikataulullisista sekä kustannustekijöistä johtuen voidaan joutua tekemään kompromisseja, jolloin tuloksen tarkkuus heikkenee. Otokseen tulee olla sitä laajempi, mitä heterogeenisempi

on tutkittava perusjoukko ja tutkimustulosten tulee olla yleistettävissä perusjoukkoon. (Heikkilä 2004, 41- 42.)

Tutkimusajankohta määräytyi tutkimuslupien, KoTePa-projektin tarpeiden sekä terveydenhuollon kesäsulkujen mukaisesti ja kesti kuusi viikkoa. Aikataulullisista syistä tutkimusluvat oli pyritty saamaan touko-kesäkuuksi 2010. Kyselylomakkeet saatiin jaettua toukokuun 15 päivään mennessä lupakäsittelyn venyessä. Tutkimusajaksi määriteltiin 17.5- 30.6.2010. Tutkimusajan pidentäminen ei ollut mahdollista monimutkaisen lupakäytännön vuoksi. Vastauksia ei myöskään voitu karhuta jälkeempään uusintakyselyn suorittamiseksi, koska ei ollut lupaa käyttää potilasrekistereitä.

Mahdollisuudesta osallistua paikallisen sydänyhdistyksen kesäpäiville kerrottiin osallistujien olevan jo pidemmän aikaa sitten hoitoprosessissa mukana olleita ja näin epävalideja tutkimukseen. Kouvolan kaupungilla oli tarve saada tutkimuksen vastausosio ennen vuodenvaihdetta 2010- 2011, joten tyydyttiin olemassa olevaan aineistoon.

7.1.3 Analysoinnin luotettavuus

Tutkijan tulee tiedostaa myös tutkimuksen tulosten tulkinnassa tai käsittelyssä mahdollisesti esiintyvät virheet tai otoksen peitossa esiintyvät ongelmat. (Holopainen ym. 2004, 15; Holopainen & Pulkkinen 2002, 27, 29; Alkula ym.1999, 106- 109).

Etukäteisinformaatiosta huolimatta tutkimuslomakkeiden jako oli ilmeisesti ajoittain sattumanvaraista tai tutkimukseen sopivia potilaita ei juuri tuona ajankohtana ollut enempää. Lomakkeiden analysoinnissa oli muutaman kerran tulkinnanvaraisuutta, koska lomakkeen oli täyttänyt avustava henkilö. Jossain kyselylomakkeessa potilas ei muistanut tarkasti tapahtunutta ollessaan niin sairas tai järkyttynyt.

7.1.4 Tulosten luotettavuus

Tulosten analysoinnin jälkeen tutkijan tulee tulkita tuloksia ja pohtia sekä tehdä johtopäätöksiä niistä. Tutkija pohtii onko tutkimus ollut validi eli onko tutkimuksella pystytty vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja millä laajuudella se on tapahtunut. Tulosten yleistettävyyttä arvioitaessa on pohdittava eli ovatko ne käyttökelpoisia ja hyödyllisiä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Tuloksia voidaan pitää sattumanvaraisina, mikäli otoskoko on pieni. Yleistettävyyteen vaikuttaa tutkimuksen otoksesta lähtevien tilastollisten suhteiden tarkkuus ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita tulee pohtia. Tutkimustuloksia analysoitaessa tutkijan tulee käyttää vain menetelmiä, jotka hän hallitsee tuloksen oikeellisuuden takaamiseksi. (Heikkilä 2004, 30; Hirsjärvi ym.2004, 213- 218; Järvinen & Järvinen 2004, 162- 163.)

Tutkimukseen osallistui vain 24 potilasta, joten tutkimustulosta tulee pitää suuntaa antavana otoksena. Niukan aineiston vuoksi tuloksista ei ole esitetty prosenttilukuja tai keskiarvoja, vaan on muodostettu frekvenssejä ja kuvioita sekä ilmoitettu tarkat luvut.

Potilaat kuuluivat pääosin määriteltyyn tutkimusjoukkoon, jolloin oireet liittyivät sepelvaltimotaudin diagnostiikkaan, eikä pelkkään rintakipuun. Tämä saattoi harventaa tutkimukseen osallistuvien joukkoa. Ensivaste oli hoitanut kotona vain muutamia tutkimuksen potilaista (n=6), muut olivat hakeutuneet jotenkin muuten hoidon pariin. Tutkimukseen osallistuvista potilaista yli puolet (n=14) oli ikäryhmästä, jonka hoidon kaupunki joutuukin järjestämään ja jotka eivät enää kuulu työterveyshuollon piiriin, joten nämä potilaat olivat juuri palvelujen järjestämisen suhteen oleellisia. Aiempien tutkimusten mukaan sepelvaltimotautiin sairastuneista runsas puolet oli 75 vuotta täyttäneitä miehiä, kuten myös tässä tutkimuksessa ilmeni.

Tutkimustuloksissa vaihtelee vastaajien määrä sen mukaan, mihin osioihin potilaat ovat vastanneet tai mitä hoitoa saaneet. Laajemmalla aineistolla tulokset olisi ollut kattavampi, nyt sitä voi pitää suuntaa antavana. Tuloksesta näkyy kuitenkin selvästi rintakipupotilaan profiili ja potilaan ensihoitoon pääsyn aika. Tutkimuksessa ilmenee myös tarvittavien lisätutkimusten odotusaika ja toisaalta

erikoissairaanhoidon toimivuus. Potilaan jatkohoidosta oli olemassa oletuksia, jotka näyttävät olevan samansuuntaisia potilaidenkin kokemina.

7.2 Eettiset kysymykset

Tieteellisen tutkimuksen tulee noudattaa yleisesti hyväksyttyjä tutkimuksen tekemiseen liittyviä eettisiä ohjeita. On harkittava tutkimusongelmien muotoilua ja harkintaa ennen aineistonkeruuta tai teorian kirjoitusta sekä pohdittava kenen ehdoilla ja miksi tutkimus suoritetaan sekä mitä hyötyä siitä on ja mitkä ovat sen kustannukset hyötyyn nähden. Tutkijan on perehdyttävä tutkittavaan ilmiöön ja sen teoriataustoihin pystyäkseen tulkitsemaan saatuja tuloksia. Kuvaileva tutkimus vastaa kysymyksiin minkälainen tai miten? (Heikkilä 2004, 31- 32; Hirsjärvi ym.2004, 25- 28, 116-117, 120 Alkula ym.1999, 21, 26.)

Mikäli tutkimus suoritetaan jossakin laitoksessa tai yhteisössä, tulee tutkimukseen pyytää lupa asianomaisen laitoksen johdolta. Terveystieteiden tutkimuksessa on asiallista toimittaa tutkimuslupa myös eettisen lautakunnan käsittelyyn, vaikka tutkimuksessa ei puututtaisikaan potilastietoihin. Eettinen lautakunta pohtii erityisesti potilaalle koituvaa haittaa tai riskiä sekä salassa pidettävien hoitotietojen joutumista väärin käytetyiksi. (Hirsjärvi ym.2004, 25- 28, 116-117, 120 Alkula ym.1999, 21, 26 .)

Tutkimusluvut haettiin Carean johtajaylilääkäriltä Ermo Haavistolta, Kouvolan kaupungin johtavalta lääkärieltä Kati Myllymäeltä sekä Attendo MedOnen ylilääkäri Marjo Nummiselta. Tutkimuslupaa haettiin myös eettiseltä toimikunnalta, koska haastattelulomakkeita jaettiin terveydenhuollon eri pisteistä, vaikka potilastietoihin ei puututtu missään vaiheessa. (Liite 3)

Tutkittaville henkilöille tulee painottaa osallistumisen vapaaehtoisuutta, tietosuoja-asioista, aikataulusta sekä kertoa tutkimustulosten käsittelystä ja siitä, mihin tutkimusta käytetään. Tutkimustyötä tehtäessä tulee välttää niin muiden kuin omienkin aikaisempien tutkimusten plagiointia. Tutkimustulokset tulee kertoa rehellisesti sekä mahdollinen tutkimuksen saama tuen käyttö tulee raportoi-

da ja käyttää tutkimuksen tekemiseen. (Heikkilä 2004, 31-32; Hirsjärvi ym.2004, 25-28.)

Asiakaspalautekyselyn saatekirjeessä (liite2) kerrottiin tutkimuksesta, sen käytötarkoituksesta, tekijästä, tilaajasta sekä valmistumisajankohdasta. Potilaalle kerrottiin erilaisista hoitopoluista ja mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen omien kokemustensa mukaisesti. Tutkimustulokset on kuvattu, kuten tässä tutkimuksessa ilmeni.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön etenemiseen vaikutti Kouvolan kaupungin toive saada tutkimustulokset vuoden 2010 loppuun mennessä, jolloin myös muut hoitoprosessien kehitykseen tehtävät taustatutkimukset valmistuvat. Kuusankosken aluesairaala siirtyy Kouvolan kaupungin alaisuuteen jo vuoden 2011 alussa muuttuen Pohjois-Kymen sairaalaksi, mutta varsinainen uuden terveydenhuoltomallin käynnistyminen vie useita vuosia.

8.1 Rintakipupotilaan hoitoprosessin nykytila

Ensivasteen toiminta on tutkimustulosten mukaan ollut hyvin organisoitua ja saatu ensihoito koettiin hyvänä. Kouvolassa hätäensiapu tuotetaan hätäkeskusten kautta ja kiireettömät sairaaloiden tai hoitopaikkojen väliset potilaskuljetukset on ulkoistettu yksityiselle sairaankuljetusyhtiölle. Järjestelmä on ollut jonkin verran sekava ja aiheuttanut ehkä päällekkäistäkin liikennettä. Uudessa terveydenhuoltolaissa ensihoitopalvelut on suunniteltu siirtyvän kunnilta alueellisille sairaanhoito- tai terveystieteille ja palvelurakenneuudistuksen mukaisesti väestölle on pyrittävä takaamaan yhtä laadukkaat palvelut asuinpaikasta riippumatta. Kouvolan hätäkeskuksen toiminta varsinaisena hätäensiavun antajana päättyy hallituksen päätöksellä ilmeisesti lähivuosina, jolloin myös rintakipupotilaan hoitoprosessin toimivuus ensihoidon osalta on oltava taattu.

Rintakipupotilaan sairaalahoidon toteutumisen yhteydessä haluttiin tietoja potilaiden kuljettamisesta eri hoitopisteiden välillä päivystysaikojen vaihtumisen ja potilaan tarkkailutarpeen vuoksi. Oletettavasti juuri tästä tarpeettomasta siirtämisestä on aiheutunut runsaasti kustannuksia (kuvio 3.) Lähes kaikki potilaat ohjautuivat jossain vaiheessa aluesairaalan päivystykseen ja suurin osa potilaista joutui jo alkuvaiheessa sairaalahoitoon tai tarkkailuun. Kuusankosken aluesairaalassa sekä Kymenlaakson keskussairaalassa on päivystys- ja sepelvaltimotautipotilaiden hoitoprosessit kuvattu uimaratamallin mukaisesti (liite 4) ja avattu prosessikuvauksen sisällön määrittämiseksi alkuvuodesta 2010. Tässä tutkimuksessa saadun potilaspalautteen mukaan hoitoprosessit toimivat hyvin.

Tutkimuksen mukaan negatiivista potilaspalautetta tuli, mikäli ei ohjattu lisätutkimuksiin tai annettu ohjeita oireiden mahdollisesti toistuessa.

Potilaat kokivat lisätutkimuksiin odottamisen erityisen raskaaksi ja kertoivat tuona aikana olleensa epätietoisia ja pelokkaita omasta tilastaan. Avoimissa kysymyksissä potilaat painottivat, että lisätutkimuksiin tai toimenpiteisiin tulisi päästä huomattavasti nopeammin kipujen tai pelkotilojen vähentämiseksi. Lisätutkimusten odotusaika oli tutkimuksessa kahdesta viikosta 8,5 kuukauteen, keskimäärin noin kolme kuukautta.

Kansallisen terveydenhuollon toimintaohjelman mukaisesti eri tahojen vastuualueita tulee tarkentaa potilaan hoidon joustavan etenemisen takaamiseksi niin että perusterveydenhuollon piiriin kuuluvat tutkimukset on tehty ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä ja toisaalta erikoissairaanhoidosta saadaan selkeät jatkohoito-ohjeet. Uusien hoitosuosittelujen mukaan esimerkiksi Rasitus- EKG tulisi tehdä jo perusterveydenhuollossa, mutta tutkimustulosten mukaan tällä hetkellä tehdään vain normaali EKG ja alue- tai keskussairaalassa Rasitus- EKG. Mikäli perusterveydenhuollossa ei ole mahdollisuuksia kaikkiin tarpeellisiin tutkimuksiin, tulisi mielestäni harkita ostopalveluita esimerkiksi yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai käyttää terveydenhuoltolain mukanaan tuomaa hoitosetelimahdollisuutta sekä potilaan vapautta valita hoitopaikkansa kiireettömän hoidon suhteen. Tutkimusten ja toimenpiteiden yhteydessä saatu sairaalahoito ja sairauteen liittyvä kirjallinen ja suullinen ohjaus koettiin lähes poikkeuksetta erinomaisesti toimivaksi.

Perusterveydenhuoltoon siirryttäessä potilaat esittivät runsaasti kirjallista palautetta jatkohoidon pirstaleisuudesta tai puuttumisesta, esimerkiksi lääkehoitoon ei tehty perusterveydenhuollossa muutoksia tai korjauksia, vaikka potilas oli ilmaissut lääkkeiden aiheuttamista ongelmista. Perusterveydenhuollossa potilailta puuttuu myös mahdollisuus sydänhoitajan ohjaukseen, joka muiden kuntien rintakipupotilaiden hoitoprosessien mukaan usein riittäisi erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisuun sillä asiantuntijahoitaja osaisi ohjata potilasta tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai lääkärin hoitoon. Perusterveydenhuollossa potilailla tulisi KASTE- ohjelman sekä Kroonisen sepelvaltimotaudin hoitopolun suositusten

mukaan olla mahdollisuus muun muassa saada hoito-ohjeita ja neuvoja Suomessa käytettävillä virallisilla kielillä, ohjausta tupakasta vieroitukseen sekä normaali kliininen tutkiminen vaaratekijöiden kartoituksen ohella. Kuusankosken aluesairaalassa on jo pitkään ollut erittäin huono tilanne sisätautilääkäreiden saatavuuden osalta ja kaupungin päiväpäivystyksistä vastaa vuorokauden ajasta riippuen joko kaupunki tai yksityinen palvelujen tuottaja. Suur Kouvolan alueella on sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistetty kunta- ja palvelurakenteesta annettua puitelakia (169/2007) noudattaen kuntien yhdistyessä 2009. Kouvola on hakeutunut sosiaali- ja terveysministeriön kehittäjäterveyskeskuksiin. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistyminen aluesairaalan siirtyessä Kouvolan perusturvan alaisuuteen 2011 tarjoaa lähtökohdan kehittää myös rintakipupotilaiden hoitoprosessia.

8.2 Rintakipupotilaan hoitoprosessiin kuluva aika

Hoitoprosessiin kuluva aika oli erilainen, mikäli kivut menivät tarkkailussa ohi ja potilas kotiutui odottamaan mahdollisia lisätutkimuksia. Hyvin toimivassa prosessissa potilas oli saanut ensihoidon jo puolessa tunnissa tai alle ja hän oli kotiutunut terveyskeskuspäivystyksestä alle kahdessa tunnissa.

Rintakipupotilaan hoitoon pääsyä koskevissa tuloksista ilmenee, että potilaista lähes puolet ($n=11$) oli saanut ensihoidon puolessa tunnissa. Suur Kouvolan alue on pinta-alaltaan 2871km^2 (Tilastotietoa...), jolloin avun saanti voi ajoittain kestää pidempään. Potilaiden kunnosta ja sairauden vaikeusasteesta riippuen joillakin potilailla alkuvaiheen hoito ja tarkkailu oli kestänyt kolme vuorokautta ja tämän jälkeen sairaalahoito jopa 17 vuorokautta, jonka jälkeen he olivat siirtyneet jatkohoitoon. Huomionarvoista on, että kymmenen potilaan hoito tässä tutkimus- ja toimenpidevaiheessa kesti yli kolme vuorokautta, potilaista 11 hoidettiin keskussairaalassa ja neljä aluesairaalan vuodeosastolla. (kuvio 10.) Pohdittavaksi jää oliko kaikkien keskus- tai aluesairaalassa hoidettujen potilaiden hoitopaikka tai aika hoitosuosituksen mukainen vai olisiko potilaita voinut hoitaa jo aiemmin perusterveydenhuollossa?

8.3 Rintakipupotilaan hoitoprosessin kustannukset

Hoitoprosessin hintaa ei tässä tutkimuksessa pystytty tarkasti arvioimaan, koska hoitoprosessin osia ei kaikkialla oltu tuotteistettu ja hinnoiteltu. Carean sisätautien hinnastossa (2009) on muutamia aluesairaalan ja keskussairaalan hintoja (taulukko 6). Aluesairaalan hintoja on ilmeisesti osaltaan nostanut runsas ostolääkäreiden käyttö. Sairaanhoidopiirissä vuodeosaston hoitajaksohinta määräytyy NordDRG-ryhmituksen mukaisesti niin että eri diagnooseilla on eri hinnat. Terveyskeskuksen päiväpäivystyksestä ei saatu hintaa, koska sitä ei oltu vielä tarkkaan laskettu ja tuotteistettu.

TAULUKKO 6. Hinta ja potilasmäärä esimerkkejä keskus- ja aluesairaalassa (Carean sisätautien hinnasto 2009)

	Keskussairaala	Aluesairaala
Päivystyskäynti lääkärin vastaanotolla tavanomaisine tutkimuksineen ja toimenpiteineen (03/1003K)	232 €	248 €
Terveyskeskuksen yöpäivystyskäynti	70 €	70 €
Kardiologinen käynti(05/ 1005K)	582 €	606 €
Sairaanhoidajan vastaanotto(01/1001K)	76 €	134 €
Vuodeosaston hoitajakso/ sydänperäinen rintakipu	2656 kpl	1954 kpl

Sairaskuljetusten hintojen kerrottiin olevan kilpailutettuja niin, ettei yksittäisen matkan hintaa saatu. Olisi kuitenkin ollut mielenkiintoista tietää ovatko kiireettömät sairaankuljetukset samanhintaisia ensivasteen kuljetusten kanssa. Tavanomaisessakin rintakipupotilaan hoitoprosessissa, jossa ensivaste hälytetään kotiin ja potilas joutuu terveyskeskustarkkailun jälkeen aluesairaalan päivystykseen tai perusterveydenhuollon yötarkkailupaikalle päivystysajan vaihtuessa ja sieltä taksilla kotiin on kaksi eri tason sairaankuljetusta. Mikäli potilas joutuu lisäksi ensihoidon jälkeen suoraan johonkin toimenpiteeseen ja sieltä jatkohoittoon, tulee sairaankuljetuksia jo neljä.

8.4 Rintakipupotilaan hoitoprosessin kehittämisehdotuksia

Kouvolan kaupungin uuden terveydenhuoltomallin kehityshaasteeksi jääkin miten ja millaisia toimenpiteitä rintakipupotilaan hoitoprosessin toteuttaminen vaatii? Mielestäni rintakipupotilaan ensivaiheen jälkeinen hoito tulee keskittää yhteen hoitopisteeseen, missä on mahdollisuus erikoislääkäreiden konsultaatioihin ja diagnoosien varmistamiseen. Potilaan tarkkailu tulee järjestää kustannustehokkaammin lähellä varsinaista akuutin hoidon pistettä ja tarvittaessa käyttää esimerkiksi telekommunikaatiokeinoja asiantuntijoiden konsultoinnissa.

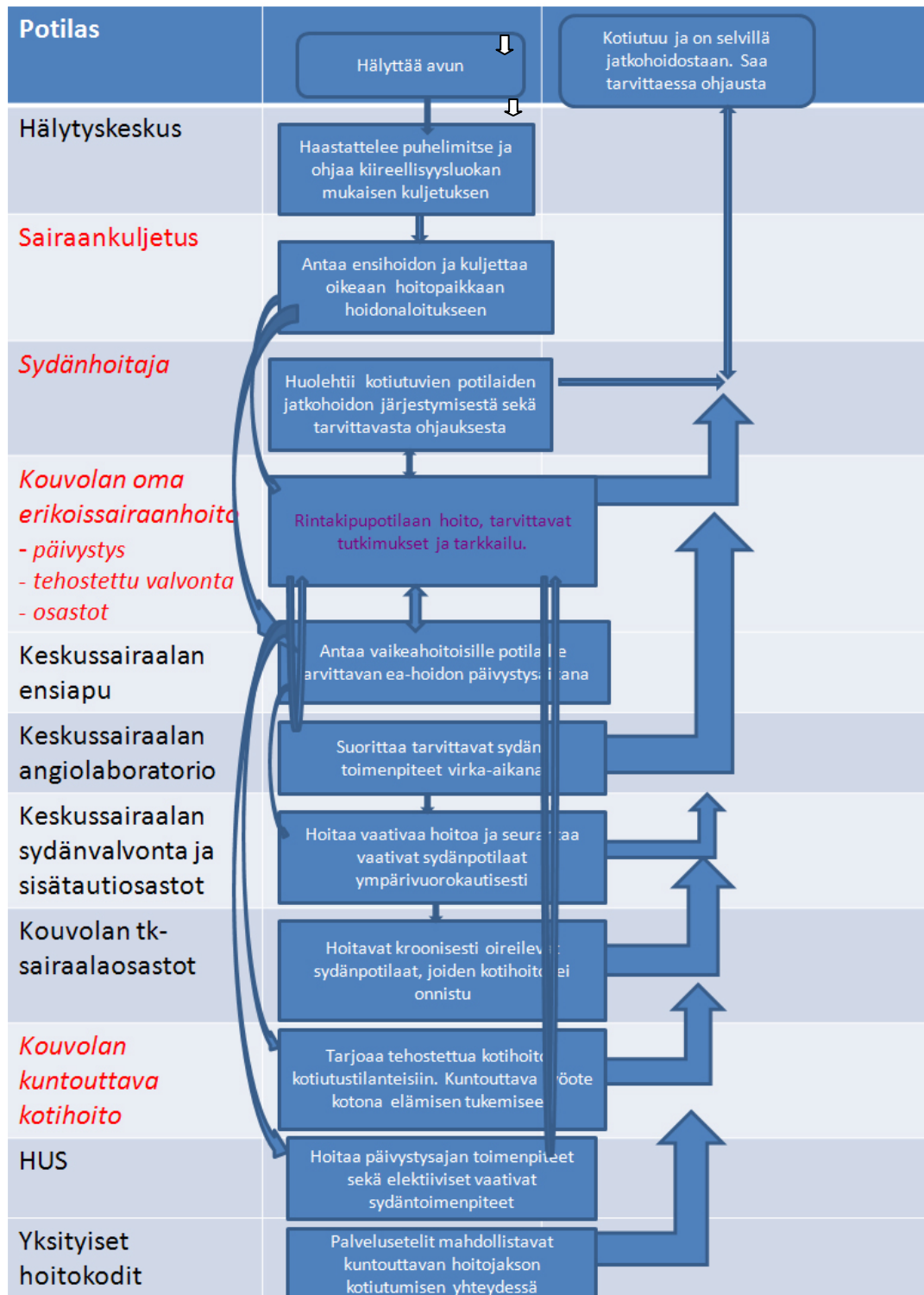
Tarvittavat ja perusterveydenhuollossa toteutettavat tutkimukset tulisi järjestää potilaan terveydentilan mukaisessa aikataulussa esimerkiksi omana toimintana, jolloin palvelut on hankittu tilaaja-tuottajamallin mukaisesti, ulkopuolisia ostopalveluita tai kolmatta sektoria käyttäen (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ...). Kaupunki ostaa esimerkiksi Rasitus- EKG:n, sydämen, ultraäänen, kardiologi- tai sisätautilääkäripalveluita laatukriteerien mukaisesti kilpailutuksen perusteella. Kunnassa olevalta palvelujen kilpailuttajalta vaaditaan mielestäni ehdotonta asiantuntemusta hankittavan palvelun laatutasosta. Mikäli kilpailutus järjestetään kuntien yhteisen hankintaorganisaation kautta, tulee huolehtia asiantuntijajäsenien riittävästä mukanaolosta kilpailutusprosessissa ja laatu- hintapainotusten oikeasta suhteesta palveluun nähden. Kunnilla on myös mahdollisuus ulkoistaa koko sosiaali- ja terveystalonsa, kuten Jämsä teki syksyllä 2010, ellei pysty itse tarjoamaan riittäviä palveluja kustannustehokkaasti.

Sydänhoitajan ohjausta tulee mielestäni tarjota rutiininomaisesti kaikille sydän-toimenpiteestä tai tarkkailusta kotituville potilaille, joten uudessa terveydenhuoltomallissa tulee kiinnittää huomiota henkilökunnan riittävään osaamiseen sekä kannustaa kouluttautumaan. Tutkimustuloksista esimerkiksi ilmeni potilaiden ilmeinen ohjauksen tarve, koska useammassa vastauksessa kerrottiin peloista normaalia liikuntaa kohtaan. Sydänhoitaja ohjaa potilaita heille tärkeissä hoidollisissa kysymyksissä, esimerkiksi lääkahoitoon, ravitsemukseen, liikuntaan tai elämänlaatuun liittyvissä kysymyksissä. Sairaanhoitopiirissä oleva asiantuntija-sairaanhoitajaverkosto tarjoaa konsultaatiomahdollisuudet, koska potilaat ovat

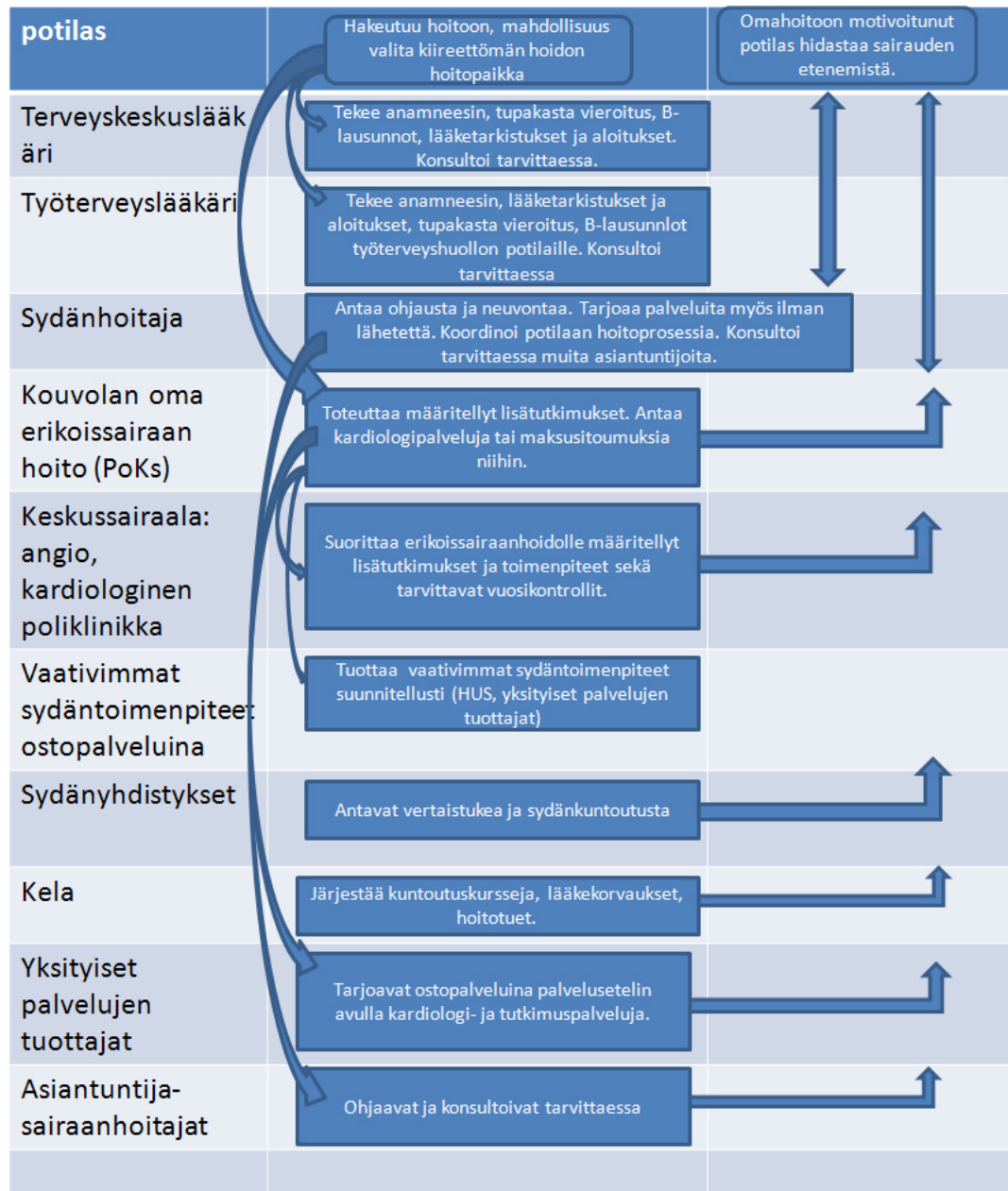
usein moni sairaita ja erityisohjausta tarvitsevia. Potilaiden omahoito tehostuu, kun he hahmottavat kokonaisuuden ja oman osuutensa välttämättömyyden toimimisprosessissa.

Potilaiden kotiutustilanteisiin on kiinnitettävä huomiota. Varmistetaan, että rintakipupotilas tietää jatkohoitopaikkansa, paikallisen sydänhoitajan yhteystiedot ovat selvillä sekä hänellä on tarvittavat ohjeet sairauteensa liittyen. Yleistilaltaan huonokuntoisempien potilaiden jatkohoitopaikka on normaalisti ollut vuodeosasto, jonne on jouduttu pitkän erikoissairaanhoitojakson jälkeen. Tulevaisuudessa tulisi pyrkiä lyhentämään erikoissairaanhoidossa vietettävää aikaa ja tarjoamaan potilaille erilaisia kotiutumista tukevia palveluita esimerkiksi palvelusetelin avulla yksityisiltä palvelujen tuottajilta sekä kunnan omien hoivapalvelupaikkojen riittävällä määrällä.

Potilaan perusterveydenhuoltoon siirtymisestä tulee laatia uimaratomallin mukainen prosessikaavio, jolloin kaikille palvelujen tuottajille on selvät vastuualueet sepelvaltimotaudin hoitopolun (liite 4) mukaisesti ja konsultointi helpottuu. Ehdotuksia rintakipupotilaan akuutti- (kuvio 19) sekä ennaltaehkäiseviksi (kuvio 20) hoitoprosesseiksi on kuvattu alla olevissa kuvioissa. Tämän hetkistä tilannetta on kuvattu jo aiemmin (kuvio 3.) Prosessikaavio on useimmissa kunnissa laadittu vain sairaalahoitoon jatkohoidon ollessa prosessin päätepiste. Kouvolan terveydenhuoltomalliin on mielestäni avattava kuvaus rintakipupotilaan jatkohoidosta, koska uusi terveydenhuoltolaki tuo potilaalle erilaisia mahdollisuuksia kiireettömän hoitopaikkansa valintaan. Perusterveydenhuollossa tapahtuvan jatkohoidon suunnitelmallisuuden merkitystä tulee korostaa. Myös perusterveydenhuollon työntekijöillä, jotka hoitavat sepelvaltimotautipotilaita hoitolaitoksissa tai kotihoidossa, tulee olla mahdollisuus tarvittaessa helposti konsultoida esimerkiksi asiantuntijasairaahoitajia.



KUVIO 19. Rintakipupotilaan akuuttihoitoprosessi Kouvolaossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymisen jälkeen



KUVIO 20. Rintakipupotilaan ennaltaehkäisevä hoitoprosessi Kouvolaissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistymisen jälkeen

8.5 Rintakipupotilaan hoitoprosessin jatkotutkimusaiheita

Kouvola on purkanut laitospainetta vanhustenhuoltopalveluissa kehittäen samalla kotihoitoaan. Vanhusväestön ennustettu lisääntyminen ja hoito- ja ennen kaikkea hoivapalvelujen kasvava tarve asettaa myös kotihoidolle vaatimuksia sairauksia ennaltaehkäisevien tai niiden hoitoa tukevien toimintamallien käytöstä. Jatkotutkimusaiheeksi mielestäni jääkin kuinka taata toimenpiteistä kotiutu-

ville rintakipupotilaille kuntouttavien ja potilaan hoitoa tukevien palvelujen riittävä saanti myös tulevaisuudessa. Mikä on tulevaisuudessa se taho, joka koordinoi potilaan tarvitsemia lääketieteellisiä palveluita?

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY- Kirjapainoyksikkö.

Anttonen, L. 2010. Jämsän terveydenhuolto ulkoistuu syksyllä. Tulostettu 21.9.10.<http://www.kmvlehti.fi/cs/Satellite/Uutiset/1194645612965/artikkeli/jamsan+terveydenhuolto+ulkoistuu+syksylla.html>.

Bogers, R., Bemelmans, W., Hoogenveen, R., Boshuizen, H., Woodward, M., Knecht, P., van Dam, R., Hu, F., Visscher, T., Menotti, A., Thorpe, R., Jamrozik, K., Calling, S., Strand, B. & Shipley, M. 2007. Association of Overweight With Increased Risk of Coronary Heart Disease Partly Independent of Blood Pressure and Cholesterol Levels. *Archives of Internal Medicine*. /vol 167 (NO. 16), Sep 10 2007. 1720-1728.

Bramlage, P., Messer, C., Bitterlich, N., Pohlmann, C., Cuneo, A., Stammwitz, E., Tebbenjohanns, J., Gohlke, H., Senges, J. & Tebbe, U. 2009. The effect of optimal medical therapy on 1-year mortality after acute myocardial infarction. *Hearth* 2010; 96: 604-609. hearth.bmj.com. Tulostettu 17.4.2010.

Braunwald. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6th ed., Copyright 2001 W. B. Saunders Company. Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus 30.06.2006. Luettu 6.1.2010. F:\Potilasohjaus Hoitoportaali.mht.

Brommels, M. & Elonheimo, O. 2009,a. Kouvolan terveyspalvelut. Kouvolan kaupungin terveydenhuollon strategia. Asiantuntijaselvitys. Loppuraportti. Tulostettu 17.12.2009. www.kouvola.fi

Brommels, M. & Elonheimo, O. 2009,b. Perusselvitys terveydenhuollon kehitystrendeistä sekä palvelujen tuottamisen malleista. Kouvolan terveydenhuollon strategiaselvitys 31.3.2009. DRG Medical systems. Tulostettu 19.12.2009. www.kouvola.fi.

Carea/ Aluesairaala/ Jäsenkunnat DRG. hoitajaksot yht. 2010-2009. http://www.kymshp.fi/tilastot/kas_drg_hoitajaksot_top30.pdf

Carea/ Keskussairaala/ Jäsenkunnat DRG. hoitajaksot yht. 2010-2009. http://www.kymshp.fi/tilastot/koks_drg_hoitajaksot_top30.pdf

Clark, A., Hartling, L., Vandermeer, B. & McAlister, F. 2005. Meta-Analysis: Secondary Prevention Programs for Patients with Coronary Artery Disease. *Annals of Internal Medicine*/ vol 143, Num 9. Nov. 2005. 659-672.

Effica tilastot 2009. Kymenlaakson sairaanhoitopiiri.

Eklund, F. & Vauramo, E. & Autio, A. & Kjisik, H. 2007. Visio tulevaisuuden palvelujärjestelmästä, case Kymenlaakso. Teknillinen korkeakoulu. HEMA instituutti.

Elonheimo, O. & Huvinen, S. & Linna, M. 2009. Forssan, Riihimäen ja Kouvolan alueen terveydenhuollon kustannusten vertailua v. 2002-2007. DRG Medical systems.

Elämäntapamuutokset sepelvaltimotaudin ehkäisyssä, Duodecim 2008.
F:\Sydänsairaudet – Duodecim elämäntapamuutokset sepelvaltimotaudin ehkäisyssä.mht. Tulostettu 4.1.2010.

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1127, 3§

Flygar, M. 2009. Uusi suunta. Kouvolassa Forssan malliin. Terveydenhuoltopalvelut siirtyvät kaupungin suoraan hallintaan. Jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon poistuu. Suomen lääkärilehti 25/2009 vsk 64, s. 2273.

Ford, I. & Murray, H. & Packard, Cj, et al. Long-term follow-up of the West of Scotland Coronary Prevention Study. N Engl J Med 2007; 357:1477-86. Abstract: Primary prevention with pravastatin for 5 years continued to prevent coronary events in the next 10 years. Evidence based nursing. Vol,11. No2, 4/2008, 52.

Gordon, K. & Smith, F. & Dhillon, S. Effective chronic disease management: patient's perspectives on medication-related problems. Patient Educ Couns 2007; 65:407-15.

(abstract): People with cardiovascular disease identified 5 areas of medication-related problems that influenced adherence and informed decision making. Evidence based nursing. Vol 10, 11/2007, 127.

Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi HE 90/2010.
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100090.pdf>

Hankela, S. (toim) 2007. Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Hirsjärvi, P., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ho, P., Spertus, J., Masoudi, F., Reid, K., Peterson, E., Magid, D., Krumholz, H. & Rumsfeld, J. 2006. Impact of medication Therapy Discontinuation on Mortality After Myocardial Infarction. Archives of Internal Medicine /vol 166, Sep 25, 2006. 1842-1847.

Hoitoketjuopas. Lääkehoidon kehittämiskeskus.
<http://www.kymshp.fi/hoitoketjut/hoitoketjuopas.pdf>. Tulostettu 14.3.10

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Oy Kotkan kirjapaino Ab.

Huvinen, S. 2009. PARAS-puitelaki, Terveydenhuoltolaki ja Palvelusetelilainsäädäntö. DRG Medical systems.

Idänpään-Heikkilä, U. 2007. Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkärien työssä. Tutkimuksia 159. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Jokiranta, V., Pekurinen, M., Hujanen, T., Teräväinen, R. & Wiili-Peltola, E. 2007. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien palvelutarveanalyysi. Kehittämisselvityksiä. Alue- ja kuntapalvelut 32/2007. Luettu 27.10.2010. <http://www.khshp.fi/index.asp>

Junnila, M. 2008. Toimiiko terveydenhuoltoalue. Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Tutkimuksia 175. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Junnila, S. Potilaan etu oikeuttaa isotkin muutokset. Uudistetaanko terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Duodecim 18/2009; 125: 1934-5.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaja.

Jämsän kaupunki. Tulostettu 29.9.2010. http://www.jamsa.fi/sosiaali_ja_terveys/.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin KY. <http://www.khshp.fi/index.asp>. Tulostettu 21.9.2010.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

KASTE-ohjelma eli sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma 2008-2011. Tulostettu 12.8.2009.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf.

Kattainen, E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallo-laajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kopijyvä. Väitöskirja.

Kettunen, R. & Talvensaari, T. Akuutin rintakipupotilaan kliininen tutkiminen. Suomen lääkirilehti 46/2009 vsk 64, s.3951- 55.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 1999. Mission: Possible. Opas opin- näytteen tekijälle. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro1.

Konttinen, M. Kelpaisiko kuitenkin sosiaali- ja terveyspiiri? Suomen lääkirilehti 44/2009 vsk 64, s. 3742.

Kouvola hoitajaksot 2008. Kunta Hilmo. Tulostettu 6.1.2010. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.

Kouvola iskeemiset sydänsairaudet, Kuntahilmo. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>. Tulostettu 6.1.2010.

Kouvolan sopimusohjausjärjestelmä. <http://www.kouvola.fi/palvelut/talousjaverotus/sopimusohjaus.html>

Kouvola terveydenhuollon kokeilualueeksi 2010. STM tiedote 32/3.2.2010. Kouvola kaupunki/ KoTePa-hanke. www.kouvola.fi

Kohonnut verenpaine ja sepelvaltimotaudin riski. Duodecim. F:\Sydänsairaudet - Duodecim kohonnut verenpaine ja sepelvaltimotaudin riski.mht

Kroonisen sepelvaltimotaudin hoitoketju 2010. Carea. http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00952

Kujala, J.& Lillrank, P.6 Kronström, V.& Peltokorpi, A. 2006. Time-based management of patient processes. Department of Industrial Engineering and management, Helsinki University of Technology, Espoo, Finland. Journal of Health Organisation and Management. Vol. 20 No.6, 2006.pp. 512- 524.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annettu puitelaki 169/2007.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;82183

Kuntakirjeet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä Paras-uudistuksessa. Kunnat.net. Tulostettu 1.1.2010. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;1184....

Kuntien nettokustannukset/ asukas 2008(Kotka, Kouvola). Tulostettu 29.12.2009. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.

Kuntien nettokustannukset eniten/vähiten 2008. Tulostettu 29.12.2009. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.

Kuntien ja sairaanhoitopiirien väestöjen suuret muutokset ja Paras-hanke. Kunnat.net. Tulostettu 1.1.2010. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;1184.

Kuntien nettokustannukset MannerSuomi/ Kotka, Kouvola 2008. Tulostettu 29.12.2009. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.

Kuntien nettokustannukset/ oma sairaanhoitopiiri. Tulostettu 29.12.2009. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky. 2009. Myyntilaskutustilastot/ Kouvolaan rintakipupotilaat.

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri 2010. http://www.kymshp.fi/index_etusivu.php

Käypähoitosuositus, Sepelvaltimotauti. Tulostettu 8.2.2010.
F:\www_kaypahoito_fi - Suositukset sepelvaltimotauti.mht.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169

Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348, asetus 24.5.2007/614.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734, 12c§

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733

Lääkkeiden erityiskorvattavuuden edellytykset. 206 Krooninen sepelvaltimotauti. Kansaneläkelaitos 2009. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/alias/laake206>. Tulostettu 4.1.2010

Lääkkeiden erityiskorvattavuuden edellytykset. 213 Krooniseen sepelvaltimotautiin liittyvä rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Kansaneläkelaitos 2009. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/alias/laake206>. Tulostettu 4.1.2010.

Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky. Viro.

Myllymäki, K., Suonoja, I. & Rinne, T. 2010. KoTePa, Kouvolaan terveystalohanke 2009. Väliraportti 11.1.2010. <http://www.kouvola.fi/palvelut/sosiaalijaperhepalvelut/terveyspalvelut/kotepa-hanke.html>

Mäkelä, L. 2009. Hoitoketjun kehittäminen. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369>

Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystalohanke ja hankinta. Tietosanoma Oy. Tallinna.

Niemelä, M. & Kervinen, K. & Romppanen, H. & Vikman, S. Naisten sepelvaltimotauti. Duodecim 7/2009; 125:739-46.

Ojanen, J. 2010. Paras- hanke lisää peruspalvelujen laatua ja saavutettavuutta. Etusivu. Julkaistu 20.5.2010. <http://www.minedu.fi/etusivu/arkisto/2010/2005/paras.html?lang=fi>.

Paasivirta, K. 2010. Terveystalolaki. Julkaistu 19.8.2010. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;139556.

PARAS-hanke eli kunta- ja palvelurakenne uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilun tavoitteet.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-11763.pdf

Paras- puitelakiin täsmennyksiä. STM tiedote 24.11.2010. Luettu 24.11.10.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1544341#fi>.

Pekurinen, M. , Junnila, M., Idänpään-Heikkilä, U., Wahlbeck, K.. 2006. Luento Palvelujen järjestämiselle on useita vaihtoehtoja. TERVE-SOS- tapahtuma Tampereella 17-18.5.2006.

http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2006/22_2006.htm

Penttilä, P.2007. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue- viiden vuoden opetukset. Tulostettu 21.9.10. http://www.stas.fi/sem/sem5_penttila.pdf.

Rintakivun eli angina pectoriksen syy, Duodecim. Tulostettu 4.1.2010.

F:\Sydänsairaudet - Duodecim riki eli angina pectoriksen syy.mht.

Rintakipupotilaan hoito 2010. Helsingin - ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 29.10.2010.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;570;646;723;1133;4399&print=1>

Rintakipupotilaan hoitopolku 2007. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Sisätautien poliklinikka. Sisätautien poliklinikan prosessi. Luettu 5.3.2010.www.pkssk.fi.

Ruigomez, A., Rodriguez, L., Wallander M., Johansson, S. & Jones, R. 2006. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. Family Practice 2006; 23: 167-174. Tulostettu 7.5.2010.

<http://fampra.oxfordjournals.org>.

Ruokolainen, I. Uusi malli. Kouvola etsii tehoja integraatiosta. Suomen lääkäri-lehti 45/2009 vsk 64, s. 3818.

Sairaanhoitopiirit. Kunnat.net. Tulostettu 1.1.2010.

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;553.

SATA-hanke eli sosiaaliturvan kokonaisuudistus.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3526.pdf&title=Sosiaaliturvan_kokonaisuudistus___SATA_fi.pdf.

Sepelvaltimotauti. Suomen Sydänliitto ry.

Sepelvaltimotautiin kuolleet 1969-2008, Findikaattori 18.12.2009. Tulostettu 6.1.2010. F:\Findikaattori - Sepelvaltimotautiin kuolleet.mht.

Sepelvaltimoiden toimenpiteet. Kuntahilmo. Tulostettu 6.1.2010. F:\kouvola sepelvaltimoiden toimenpiteet 2008.mht.

Sepelvaltimotaudin ehkäisyn merkitys ja tavoitteet, Duodecim. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim sepelvaltimotaudin ehkäisyn merkitys ja tavoitteet.mht.

Sepelvaltimotaudin etilogia, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim johdanto.mht.

Sepelvaltimotaudin eri asteet, Duodecim. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim sepelvaltimotaudin eri asteet.mht.

Sepelvaltimokuvauksen aiheet, kiireellisyys ja suunnittelu. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim.mht.

Sepelvaltimotaudin vaaran arviointi, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim sepelvaltimotaudin vaaran arviointi.mht.

Sepelvaltimotaudin vaaratekijät, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim sepelvaltimotaudin vaaratekijät.mht.

Sepelvaltimotautikohtaukset, myös kuolemaan johtaneet DG 120-125 miljoonapiireittäin, KTL 2007.

Sepelvaltimotautipotilaat ja sepelvaltimotautiin kuolleet miehet ja naiset miljoonapiireittäin, KTL 2007 Tulostettu 6.1.2010. F:\Findikaattori - Sepelvaltimotautiin kuolleet.mht.

Sepelvaltimotautilääkitysten erityiskorvattavuudet miljoonapiireittäin, KTL 2007. F:\sotkanet sepelvaltimotautiin oikeutetut.mht.

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja – vaaran arviointi ja hoito. Käypähoito suosituksen päivitystiivistelmä. Duodecim 13/2009; 125:1445-6.

Sepelvaltimotauti (kirurgia, sydänkirurgia). Kiireettömän hoidon perusteet 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulostettu 8.2.2010. http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=http00045&p_haku=sepelvaltimotauti.

Seppälä, J. hätäkeskusesimies 2010. Haastattelu 24.2.2010. Haastattelija Kuusisto, P. Kouvolaan hätäkeskus.

Sosiaali- ja terveystietomus 2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710 3a ja 29b

Stressi ja muut psykosomaattiset tekijät sepelvaltimotaudin riskinä, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010.

F:\Sydänsairaudet - Duodecim stressi ja muut psykososiaaliset tekijät sptaudin riskinä.mht.

Stabiili sepelvaltimotauti/ epäily ja pienen vaaran sepelvaltimotautikohtaus ilman ST-nousuja. Tulostettu 4.1.2010

http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=hoi04058.

Stm:n työryhmä ohjaa päivystyshoidon kriteerien laatimista. Kunnat.net. Tulostettu

1.1.2010.http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;55264;55275;82183;127674;1184.

Stabiili sepelvaltimotauti tai sen epäily ja pienen vaaran sepelvaltimotautikohtaus ilman ST-nousua (sisätaudit, kardiologia). Kiireettömän hoidon perusteet 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulostettu

8.2.2010http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=http00045&p_haku=sepelvaltimotauti..

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 19.3§

Sydänperfuusion gammakuvaus, Duodecim. Tulostettu 4.1.2010.

F:\Sydänperfuusion gammakuvaus - Duodecim.mht.

Sydänsairaudet ja hiljainen iskemia, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010

F:\Sydänsairaudet - Duodecim hiljainen iskemia.mht.

Sydänperfuusion gammakuvaus. Kiireettömän hoidon perusteet 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulostettu

8.2.2010.http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=http00045&p_haku=sepe lvaltimotauti.

Sydämen vajaatoiminta tai sen epäily (sisätaudit, kardiologia). . Kiireettömän hoidon perusteet 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulostettu 8.2.2010.

http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=http00045&p_haku=sepelvaltimotauti.

Sydämen ja rintaontelon suonien toimenpiteet 2008. Kuntahilmo.

[https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&m_encoding=UTF-8&BZ=1AAABSzlQpud42nVNyw6CQAz8mRZvpFvEyIEDL4NRQYW7QViNEcEgm vj3rmD0YJi_JtNpqiWxngTO1gvXThrayLO8rlpZtYod6rKQDZoujqnKLhINf5SGyxGa%7EtBWNg%7E5vIWn8lJ%7EbNcsP2dHOezbLe5Vm31PND%7ExdC_OosBL52o4q8AesG-vuxj4QgSAiIQgACEwCJngHgFPeJZILGuCTMiF6kw0VRogT5ENJUqBvEe2ekH8BP iD6PJN_qdd%7EfACs89WoM%3D%3D)

[bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&m_encoding=UTF-](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&m_encoding=UTF-8&BZ=1AAABSzlQpud42nVNyw6CQAz8mRZvpFvEyIEDL4NRQYW7QViNEcEgm vj3rmD0YJi_JtNpqiWxngTO1gvXThrayLO8rlpZtYod6rKQDZoujqnKLhINf5SGyxGa%7EtBWNg%7E5vIWn8lJ%7EbNcsP2dHOezbLe5Vm31PND%7ExdC_OosBL52o4q8AesG-vuxj4QgSAiIQgACEwCJngHgFPeJZILGuCTMiF6kw0VRogT5ENJUqBvEe2ekH8BP iD6PJN_qdd%7EfACs89WoM%3D%3D)

[8&BZ=1AAABSzlQpud42nVNyw6CQAz8mRZvpFvEyIEDL4NRQYW7QViNEcEgm vj3rmD0YJi_JtNpqiWxngTO1gvXThrayLO8rlpZtYod6rKQDZoujqnKLhINf5SGyxGa%7EtBWNg%7E5vIWn8lJ%7EbNcsP2dHOezbLe5Vm31PND%7ExdC_OosBL52o4q8AesG-](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&m_encoding=UTF-8&BZ=1AAABSzlQpud42nVNyw6CQAz8mRZvpFvEyIEDL4NRQYW7QViNEcEgm vj3rmD0YJi_JtNpqiWxngTO1gvXThrayLO8rlpZtYod6rKQDZoujqnKLhINf5SGyxGa%7EtBWNg%7E5vIWn8lJ%7EbNcsP2dHOezbLe5Vm31PND%7ExdC_OosBL52o4q8AesG-vuxj4QgSAiIQgACEwCJngHgFPeJZILGuCTMiF6kw0VRogT5ENJUqBvEe2ekH8BP iD6PJN_qdd%7EfACs89WoM%3D%3D)

[vuxj4QgSAiIQgACEwCJngHgFPeJZILGuCTMiF6kw0VRogT5ENJUqBvEe2ekH8BP iD6PJN_qdd%7EfACs89WoM%3D%3D](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&m_encoding=UTF-8&BZ=1AAABSzlQpud42nVNyw6CQAz8mRZvpFvEyIEDL4NRQYW7QViNEcEgm vj3rmD0YJi_JtNpqiWxngTO1gvXThrayLO8rlpZtYod6rKQDZoujqnKLhINf5SGyxGa%7EtBWNg%7E5vIWn8lJ%7EbNcsP2dHOezbLe5Vm31PND%7ExdC_OosBL52o4q8AesG-vuxj4QgSAiIQgACEwCJngHgFPeJZILGuCTMiF6kw0VRogT5ENJUqBvEe2ekH8BP iD6PJN_qdd%7EfACs89WoM%3D%3D)

Terveydenhuoltomenot 2008, THL. Tulostettu 6.1.2010.

F:\Terveysmenot.mht.http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys.html#rahoitus.

Tilastotietoa Kouvolasta. Kunnat.net. Tulostettu 1.1.2010.
<http://hosted.kuntaliitto.fi/skripitit/tilastot/talouuskortti.asp>.

Tulonen-Tapio, J., Suni-Lahti, M-L & Seuna, L. Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien hoitoketjuopas. Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Tulostettu 8.2.2010.

Ultraäänikardiografia. Kiireettömän hoidon perusteet 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tulostettu 8.2.2010.
http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=http00045&p_haku=sepelvaltimotauti.

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. s.100- 112.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtimotautikohtausta ehkäisevät lääkehoidot, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim valtimotautikohtauksia ehkäisevät lääkehoidot.mht.

Vehmanen, M. Uusi malli. Risikon malli toisi erikoislääkärit terveyskeskuksiin. Suomen lääkärilehti 34/2009 vsk 64, s. 2862.

Veren rasvojen tavoitearvot ja sepelvaltimotaudin riski, Duodecim 2008. Tulostettu 4.1.2010. F:\Sydänsairaudet - Duodecim veren rasvojen tavoitearvot ja sepelvaltimotaudin riski.mht.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010:4. STM. Työryhmän raportti. Julkaisu 26.2.2010.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

YLE HÄME 2010. Riihimäen seudun terveyskeskus ulkoistaa kuntayhtymän hammaslääkäripäivystyksen. Luettu 27.10.2010.
http://yle.fi/alueet/hame/2010/03/riihimaen_seudun_terveyskeskus_ulkoistaa_kuntayhtymän_hammaslaakaripaivystyksen_1538514.html.

Österberg, K. 2007. Forssan malli terveydenhuollon palvelujen tuottajana.
http://www.stas.fi/sem/sem5_osterberg.pdf. Tulostettu 21.9.10.

LIITTEET

1 RINTAKIPUPOTILAAN HOITO JA SIIHEN

LIITE 1:1(5)

LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

1.1 Sepelvaltimotautikohtaus

Sepelvaltimotautikohtauksessa (taulukko 7) sepelvaltimon seinämässä oleva kovettumapesäke repeää aiheuttaen samalla verihyytymän, joka johtaa veritulpan eli valtimotukoksen (trombi) syntyyn. Sepelvaltimon osittaisessa tukoksessa ei synny kudostuhoa, koska sydänlihaskudos saa veren mukana happea. Sydänlihaskudoksen kudostuho syntyy, mikäli yli 50% sepelvaltimosta on tukkeutunut, eikä pysty kuljettamaan riittävästi happea ja ravinteita. Rintakipu voi taudin tässä vaiheessa ilmetä myös levossa, tilaa nimitetään epästabiliiksi angina pectorikseksi. Sepelvaltimon tai haaran täydellinen tukkeutuminen aiheuttaa sydänlihaskuolion ja sydäninfarktin, ellei valtimoa saada pikaisesti auki liotushoidolla tai pallolääjennuksella. Sydänlihassolut tuhoutuvat peruuttamattomasti muutamassa tunnissa. Sepelvaltimotautikohtauksen syntyyn vaikuttaa muun muassa altistuminen kylmälle ja tuulelle, ruokailu, tupakointi, huono hengitysilman laatu. Myös lääkkeet ja tunnetilat vaikuttavat rintakiputuntemuksiin. Sydänlihaskuolemia voi aiheutua myös tykytystyypisistä rytmihäiriöistä, matalasta verenpaineesta ja veren matalasta hemoglobiini pitoisuudesta. (Sepelvaltimotauti; Rintakivun eli angina ...; Sepelvaltimotaudin vaaratekijät.)

TAULUKKO 7. Sepelvaltimotaudille tyypillisen kivun määrittely (Kettunen & Talvensaari 2009, 3953)

Pääkriteerit	Puristavaa tai epämiellyttävää kipua rintalastan takana. Kipu alkaa tai pahenee rasituksessa. Kipu helpottaa minuuteissa levossa tai nitroglyserideillä.
Lisäkriteerit	Kipu säteilee vasempaan yläraajaan tai muualle. Kipua ruokailun jälkeen. Kipu toistuu samanlaisena. Liittyy hengenahdistuksen tunne.
Määrittely	Tyypillinen sepelvaltimotautikipu, mikäli kaikki pääkriteerit täyttyvät. Rintakipu epätyypillinen, mikäli jokin pääkriteereistä ei täyty. Rintakipu on ei sydänperäistä, mikäli vain yksi pääkriteeri täyttyy.

(jatkuu)

LIITE 1:2(5)

Sepelvaltimotautikohtauksiin kuuluu ST- nousuinfarkti, sydäninfarkti ilman ST-nousuja sekä epästabili angina pectoris eli rintakivut. Potilaan hoitolinjan valinta riippuu potilaan vaaran arvioinnin tuloksista (oireet, esitiedot, kliininen tutkimus, EKG-muutokset, sydänlihaskiinnitykset). Potilaan diagnosoinnin avuksi Kettunen & Talvensaari (2009) ovat kehittäneet yllä olevan taulukon. Potilaat jaetaan esitutkimusten perusteella suuren ja pienen vaaran potilaisiin. Suuren vaaran potilaille tulee aloittaa antitromboottinen lääkehoito sekä ohjata varjoainekuvaukseen. Pienen vaaran potilaat voidaan kotiuttaa nopeammin ja heidän jatkoselvittelynsä järjestetään poliklinisesti. (Käypä hoito suositus; Kettunen & Talvensaari 2009, 3953; Sepelvaltimotaudin eri... .)

1.2 Sepelvaltimotaudin lääkehoito

Vuonna 2007 Kelan myöntämät lääkityksen erityiskorvattavuudet sepelvaltimotaudin 206-koodilla HUS:n miljoonapiirissä/ 100 000 asukasta olivat suurimmat 65-74-vuotiaiden ikäryhmässä: naisille 7574 ja miehille 15 370 kpl (Sepelvaltimotautipotilaat...; Sepelvaltimotautilääkitysten...). Lääkityksen korvattavuuden saamiseksi tulee potilaalla olla kliinisesti varmennettu angina pectoris oire ja hän on sairastanut sydäninfarktin tai on ollut ohitusleikkauksessa tai pallolääjennuksessa tai hänellä on varjoainetutkimuksessa osoitettu olevan merkittävä ahtauma sepelvaltimoissa (Valtimotautikohtausta ehkäisevät lääkehoidot 2008; Lääkkeiden erityiskorvattavuuden... 206).

Sydäntauteja sairastavat potilaat tarvitsevat muun muassa lääkehoidon onnistumiseksi enemmän hoitohenkilökunnan tukea ja neuvoja. Gordonin ym. (2007) tutkimuksen mukaan potilaat pelkäävät lääkkeiden sivuvaikutuksia ja heillä saattaa olla erilaisia käsityksiä lääkkeiden käytöstä. Myös kognitiiviset, fyysiset ja hermostolliset ongelmat sekä puutteellinen informaatio tai väärinkäsitykset heikentävät lääkehoidon onnistumista. Potilaiden tiedonhaku mahdollisuudet voivat olla rajalliset, jolloin hoito-organisaation tulisi tarjota palveluita. (Braunwald 2001; Gordon ym. 2007, 127; Elämäntapamuutokset... 2008.)

(jatkuu)

LIITE1:3(5)

Lääkkeiden käytön vastetta tutkitaan myös jatkuvasti. Scotlannin sydäntautien ehkäisyyn liittyvässä tutkimuksessa ilmeni, että pravastatiinien viiden vuoden säännöllinen käyttö voi ehkäistä sydäntapahtumia seuraavat kymmenen vuotta. Tutkittavina oli keski-ikäisiä miehiä, jotka kärsivät hyperkolesterolemiasta ja heillä ei aikaisemmin ollut sydäninfarktia. (Ford ym. 2007, 357.)

Sydäninfarktin jälkeistä lääkkeiden käytön vastetta on myös tutkittu. Ho ym. (2006) toteavat, että hyödyllisiksi todettujen (asperiini, b-blockerit ja statiinit) lääkkeiden käyttämättömyys nostaa selvästi potilaiden kuolemanriskiä. Lääkkeiden käytön säännöllisyyteen vaikutti tutkimuksen mukaan potilaiden ikä sekä koulutustaso. (Ho ym. 2006, 1842-1847.)

1.3 Sepelvaltimoiden toimenpiteet

HUS:n miljoonapiirin vuoden 2006 tilastojen mukaan suurin ikäryhmä, joka tarvitsi sepelvaltimotaudin hoitoon liittyvää stenttaus toimenpidettä olivat 65 -74-vuotiaat miehet, joita oli 303 /100 000 as. Sama toimenpide tehtiin tämän ikäryhmän naisille 85 / 100 000 as. Pallolaajennusta (PTCA) tarvitsi 65 -74, vuotiaista miehistä 649 ja naisista 215 / 100 000 as. Luvut ovat melko yhteneväisiä vertailtaessa koko maan tilannetta. (Sepelvaltimoiden toimenpiteet...2008.)

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä vuonna 2009 hoidettuja kouvolaalaisia iskeemisen sydänsairauden vuoksi hoidossa olleita oli 618 potilasta. Vuonna 2008 sepelvaltimotoimenpiteissä Kymenlaakson keskussairaalassa oli käynyt 318 kouvolaalaista. Vuonna 2009 Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä tehtiin 461:lle Kouvolan alueen asukkaalle angiossa tapahtuva sepelvaltimoiden varjoainekuvaus tai pallolaajennus. (Kouvola hoitojaksot 2008; Kouvola iskeemiset sydänsairaudet; Efficat-tilastot 2009.)

(jatkuu)

LIITE 1:4(5)

1.4 Rintakipupotilaan hoito rintakipukohtauksen yhteydessä

Akuutin rintakivun diagnosoinnissa (taulukko 8) tulee potilaan tilaa seurata tehostetusti ja toistaa niin kliinisiä - kuin laboratoriotutkimuksiakin (sydänlihaskiinnemääritykset; troboniinipitoisuus). ST- nousuinfarkti tulee tunnistaa mahdollisimman pikaisesti EKG:n avulla. Lääkärin tulee päättää hoitolinja vaaran arvioinnin mukaan. (Käypä hoito suositus; Kujala ym. 2006.)

TAULUKKO 8. Pienen ja suuren vaaran rintakipupotilas (Stabiili sepelvaltimotauti tai sen epäily ...2009)

Suuri vaara	Pieni vaara
Toistuva tai pitkittyvä rintakipu	Rintakipu ei uusi seurannassa
Suurentunut troboniinipitoisuus	Troboniinipitoisuus normaali
EKG:ssä ST- lasku tai ohimenevä ST-nousu	Ei iskemiaan viittaavia EKG-muutoksia
Hemodynaaminen epävakaus	
Merkittävä rytmihäiriö (toistuva kammiotakykardia, kammiovärinä)	
Sydäninfarktin jälkeen uusiutuva kipu tai iskemia	
Diabetes	
Munuaisten vajaatoiminta	

Sepelvaltimotautia sairastavalla potilaalla, jolla on jo aiemmin ollut rintakipuja, on suurempi vaara uusintatapahtumiin. Potilaan sydänfilmiä tulee rintakipukohtausten yhteydessä tarkkailla, koska pienikin (0.5 mm) ST- lasku voi olla merkki iskeemisestä sydäntapahtumasta. Potilaan sydäntapahtumariskiä lisäävät myös aikaisempi infarkti, ikä, diabetes, angina pectoris (epävaka), munuaisten vajaatoiminta sekä aiemmin tehty ohitusleikkaus. Usein moni sairaiden potilaiden hoidon ensisijaisena tavoitteena on oireiden lievittyminen. (Stabiili sepelvaltimotauti...; Sydänsairaudet ja hiljainen ...2008.)

(jatkuu)

LIITE 1:5(5)

1.5 Sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisy ja jatkohoito

Clarkin ym. (2005) mukaan ennaltaehkäisyohjelmien vaikutus vaihtelee suuresti eri potilasryhmien välillä. Tässä tutkimuksessa positiivinen vaikutus oli sydänpotilaiden veren kolesterolipitoisuuden sekä elämänlaadun paraneminen. Ennaltaehkäisyohjelmissa kerrottiin riskitekijöistä ja hyödynnettiin erilaisia terapioita. Tutkimuksessa ei todettu eroja ryhmien välillä, joilla oli myös ollut erityisesti heille suunnattuja harjoitusohjelmia riskitekijöiden lisäksi. (Clark ym. 2005, 659 - 672.)

Suuressa yli 300 000 potilasta käsittävässä maailmanlaajuisessa tutkimuksessa ylipaino nosti sydäninfarktiriskiä 29 % ja verenpaine sekä kolesteroliarvot nousivat jopa 45 %:lla ja olivat kaikissa aiemmissakin tutkimuksissa selvästi koholla. Ylipaino altistaa myös diabeteksen puhkeamiselle. Tutkimuksen seuranta-aikana potilaille tapahtui 18 000 sydäntapahtumaa. Potilaiden ikä, sukupuoli, fyysinen aktiivisuus sekä tupakointi vaikuttivat verenpaineeseen. (Bogers ym. 2007, 1720 -1728; Verenrasvojen tavoite...2008.)

RINTAKIPUPOTILAAN HOITOPROSESSIN TOIMIVUUS KOUVOLASSA POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Kouvolan terveystalvohanne, KoTePa

- sepevaltimotauti on entuudestaan tiedossa
- sepevaltimotauti todetaan
- sepevaltimotautia vahvasti epäillään

Arvoisa sydänpotilas!

Haluan kehittää rintakipua kokeneiden potilaiden hoidon eri vaiheita Kouvolan kaupungin asukkaiden hyväksi. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Kouvolan kaupungin (tilaaja) ja Carean sekä Tampereen ammattikorkeakoulun (ohjaaja) kanssa.

Kyselyn tuloksista pyritään löytämään mahdollisia rintakipupotilaan hoitoprosessissa ilmeneviä kehityskohteita tai jo toimivia ja uuteen hoitoprosessiin huomioitavia asioita. Kyselyn tuloksia käytetään Kouvolan terveystalvohannehankkeessa (KoTePa) kehitettäessä rintakipupotilaan hoitoprosessia uutta terveydenhuoltomallia varten. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 minuuttia. Kartoitan kyselyn avulla potilaiden odotuksia, toiveita sekä kokemuksia seuraavista asioista:

- Hoitoon pääsy
- Hoito
- Jatkohoito
- Hoito ja tiedon saanti jatkohoitopaikassa
- Kotiutus
- Seurantakäynnit

Vastatkaa kysymyksiin omien kokemustenne ja arviointienne mukaisesti.

Valitkaa vaihtoehdoista mielestänne parhaiten vastaava ympyröimällä sekä tarvittaessa sanallisesti perustellen.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja palautus tapahtuu nimettömänä tutkimusta tekeväälle opiskelijalle (Päivi Kuusisto/ Tampereen ammattikorkeakoulu ylempi korkeakoulututkinto, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelma), joka kokoaa ja välittää tulokset KoTePa-projektin käyttöön.

Toivon teidän palauttavan **lomakkeen 30.6.2010 mennessä** oheisessa kuoressa (postimaksu maksettu).

Tutkimustulokset pyritään saamaan vuoden 2010 loppuun mennessä KoTePa-projektin käyttöön.

Kyselyä koskeissa kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä rintakipupotilaan hoitoprosessia opinnäytetyönään tekevään Päivi Kuusistoon, sähköposti paivi.kuusisto@pp.inet.fi, Gsm 040 5565045 tai KoTePa- projektissa toimivaan ylihoitaja Irma Suonojaan, sähköposti irma.suonoja@kouvola.fi.

Avustanne kiittäen!

Kysymyslomakkeessa on osittain käytetty Pirkanmaalla toteutetun tekonivelpotilaan hoito- ja palveluketjun verkosto-projektin (2005-2007) VERCOX kyselylomakkeen muotoa

(jatkuu)

Mikäli kotiuduitte heti ensiapuseurannan jälkeen, vastatkaa osioiden **I**, **II** ja **VI** kysymyksiin.

I TAUSTATIEDOT (ympyröikää parhaiten kuvaava vaihtoehto)

1. Ikä

1. alle 30 vuotta
2. 31- 40
3. 41- 50
4. 51- 60
5. 61- 70
6. 71- 80
7. 81- 90
8. yli 90 vuotta

2. Sukupuoli:

1. Mies
2. Nainen

3. Kouvolan kaupunginosa/terveysasema:

1. Elimäki
2. Jaala
3. Keltakangas (Anjalankoski)
4. Kuusankoski
5. Kouvola
6. Valkeala
7. Voikkaa

II HOITOON PÄÄSY JA ENSIHOITO

4. Millaisin oirein hakeuduitte hoitoon?

(Ohje: Voitte valita useamman vaihtoehdon)

1. Voimakas, yli 15 minuuttia kestävä rintakipu, eikä lyhytvaikutteinen nitraatti auttanut
2. Rintakipua ja hengenahdistusta
3. Rintakipua, pahoinvointia ja oksentamista
4. Rintakipua ja rytmihäiriöitä
5. Rintakipua, kylmänhikisyyttä ja tuskaisuutta
6. Tajuttomuus
7. Ei kipua, mutta yleisvointi huononi nopeasti
8. Rytmihäiriötuntemukset ilman rintakipua
9. Muu oire, mikä? _____

(jatkuu)

LIITE 2:3(11)

5. Kuka hälytti avun?

1. Itse
2. Omainen
3. Naapuri
4. Muu

6. Kuinka kauan avun saanti kesti?

1. alle puoli tuntia
2. puoli tuntia
3. tunnin
4. yli tunnin

7. Missä tutkimuksenne tai hoitonne aloitettiin?

1. Kotona sairaankuljettajien toimesta
2. Terveyskeskuspäivystyksessä
3. Aluesairaalassa
4. Keskussairaalassa
5. Muualla, missä? _____

8. Kuinka rintakipuanne hoidettiin?

1. Tilannetta tarkkailemalla, koska rintakipu oli jo ehtinyt hävitä
2. Suuhun annettavalla lääkkeellä
3. Suuhun annettavalla lääkkeellä sekä lisähapella
4. Suoneen annetulla lääkkeellä
5. Lihakseen pistetyllä lääkkeellä
6. Kipu ei helpottunut ennen sairaalaan tuloa

9. Monesko tämä kipukohtauksenne oli?

1. ensimmäinen
2. toinen
3. useita jo aiemmin

10. Kuinka koitte saamanne ensihoidon (se hoito, jonka saitte ensimmäiseksi)?

1. Hyvänä
2. En osaa sanoa
3. Huonona, miksi? _____

11. Missä Teitä hoidettiin tai tarkkailtiin hoitoon hakeutumisen jälkeen?

1. Terveyskeskuspäivystyksessä
2. Aluesairaalan päivystyksessä

(jatkuu)

LIITE 2:4(11)

3. Keskussairaalassa
4. Muualla, missä?_____

12. Kuinka kauan hoitonne tai tarkkailunne kesti ensimmäisessä hoitopaikassa?

1. alle kaksi tuntia
2. alle neljä tuntia
3. puoli vuorokautta
4. vuorokauden
5. yli vuorokauden, kuinka kauan?_____

13. Kuinka monessa hoitopaikassa Teitä hoidettiin tai tarkkailtiin?

1. yhdessä
2. kahdessa
3. kolmessa
4. useammassa, kuinka monessa?_____

14. Ohjattiinko Teidät tämän kipukohtauksen jälkeen myöhemmin tapahtuviin lisätutkimuksiin?

1. Kyllä
2. Ei

Mikäli Teille EI tullut lisätutkimuksia, ettekä joutuneet jatkohoitoon vuodeosastolle, siirtykää suoraan VI-osaan.

Mikäli hoitonne jatkui sairaalassa, siirtykää III-osan kysymyksiin.

III RINTAKIPUOIREIDEN SAIRAALAHOITO

Mikäli jouduitte päivystyksestä sairaalahoitoon tai terveystieteiden vuodeosastolle, vastatkaa seuraaviin kysymyksiin (15- 2).

15. Missä hoitonne tapahtui?

1. Keskussairaalan vuodeosastolla
2. Aluesairaalan vuodeosastolla
3. Terveystieteiden vuodeosastolla
4. Muualla, missä?_____

16. Kuinka monta vuorokautta olitte hoidossa?

1. 1-2
2. 2-3
3. yli 3, kuinka monta?_____

(jatkuu)

LIITE 2:5(11)

17. Saitteko sairaalassa tai terveyskeskuksessa tarkat toimintaohjeet ja yhteystiedot oireen mahdollisesti uusiutuessa?

1. Kyllä
2. Ei

18. Oliko Teillä mahdollisuus sydänhoitajan ohjaukseen?

1. Kyllä
2. Ei

19. Keneltä muulta saitte ohjausta?

(Ohje: Voitte valita useamman vaihtoehdon)

1. Hoitavalta lääkäriltä
2. Sairaanhoitajalta
3. Diabeteshoitajalta
4. Sosiaalihoitajalta tai palveluohjaajalta
5. Fysioterapeutilta
6. Ravitsemusterapeutilta
7. Muulta, keneltä? _____

20. Oliko sairaalassa saamanne sairauteenne liittyvä ohjaus mielestänne riittävää?

1. Kyllä
2. Ei, miksi? _____
3. En osaa sanoa
4. Muuta, mitä? _____

21. Oliko sairaalassa saamanne ohjaus mielestänne

1. Yhteneväistä
2. Ristiriitaista, miksi? _____

22. Kuinka hyvin saitte sairaalassa eri henkilökuntaryhmiltä tukea, neuvoja tai ohjausta?
(Ohje: Ympyröikää sopivin vaihtoehto/ -ehdot)

	Erittäin hyvin	Hyvin	Huonosti, kuvailkaa miten
Lääkärit	1	2	3
Sairaanhoitajat	1	2	3
Perus- ja lähihoitajat	1	2	3
Muut (sydänhoitaja diabeteshoitaja jne.)	1	2	

23. Täyttyivätkö sairaalahoidolle asettamanne odotukset?

1. Kyllä
2. Eivät, kuvailkaa miksi _____

IV RINTAKIPUOIREIDEN MYÖHEMMIN TEHTÄVIEN LISÄ- TUTKIMUSTEN/ TOIMENPITEIDEN ODOTUSAIKA

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin (24–28), mikäli rintakipukohtauksenne helpotti päivystyksen seurannassa ja pääsitte sen jälkeen kotiin odottamaan myöhemmin tehtäviä lisätutkimuksia.

24. Kuinka kauan odotitte pääsyänne lisätutkimuksiin?

1. _____ viikkoa
2. _____ kuukautta
3. Odotan edelleen

25. Kuinka lisätutkimusten odottaminen sujui?

1. Hyvin
2. Kohtuullisesti
3. Huonosti, kuvailkaa tarkemmin _____

26. Saitteko lähettäneeltä lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta selkeät toimintaohjeet oireiden mahdollisesti toistuessa?

1. Kyllä
2. Ei

27. Keneltä saitte etukäteen tietoa Teille mahdollisesti suunnitellusta toimenpiteestä?

1. Lähetteen tehnyt lääkäri terveyskeskuksessa
2. Aluesairaalan sisätautipoliklinikka
3. Työterveyshuollon lääkäri
4. Yksityislääkäri
5. Keskussairaalan kardiologinen poliklinikka
6. En saanut tietoa

28. Oliko teillä uusia rintakipukohtauksia ennen tutkimuksiin pääsyä?

1. Kyllä
2. Ei

(jatkuu)

LIITE 2:7(11)

V RINTAKIPUOIREIDEN MYÖHEMMIN TEHTÄVÄT LISÄTUTKIMUKSET

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin (29- 38), mikäli jouduitte rintakipukohtauksen jälkeen suoraan sairaalahoitoon ja teille tehtiin sen aikana lisätutkimuksia tai olette olleet rintakipukohtauksen jälkeisissä suunnitelluissa lisätutkimuksissa.

29. Tehtiinkö Teille jokin/joitakin seuraavista toimenpiteistä?

1. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus (angiografia)
2. Sepelvaltimotoimenpide (pallolaajennus tai pallolaajennus ja tukiverkon laitto)
3. Sepelvaltimon ohitusleikkaus
4. Rasitus EKG
5. Sydämen rytminsiirto
6. Tahdistimen asennus
7. Muu, mikä? _____

30. Miten pian toimenpiteen jälkeen kotiuduitte?

1. Samana päivänä
2. Seuraavana päivänä
3. _____ vuorokauden kuluttua

31. Siirryttekö jatkohoitoon toiseen sairaalaan?

1. Kyllä
2. Ei

32. Saitteko sairaalassa kirjallisia ohjeita?

1. Kyllä
2. Ei

33. Saitteko sairaalassa suullisia ohjeita?

1. Kyllä
2. Ei

34. Keneltä saitte ohjausta sairaalassa?

(Ohje: Voitte valita useamman vaihtoehdon)

1. Sydänhoitajalta
2. Lääkäriltä
3. Sydänvalvonnan henkilökunnalta
4. Vuodeosaston
5. Ravitsemusterapeutilta
6. Diabeteshoitajalta

(jatkuu)

LIITE 2:8(11)

7. henkilökunnalta
8. Angiolaboratorion henkilökunnalta
9. Muulta, keneltä? _____

35. Oliko sairaalassa saamanne sairauteenne liittyvä ohjaus mielestänne riittävää?

1. Kyllä
2. Ei, miksi? _____
3. En osaa sanoa
4. Muuta, mitä? _____

36. Oliko sairaalassa saamanne ohjaus mielestänne

1. Yhteneväistä
2. Ristiriitaista, miksi? _____

37. Kuinka hyvin saitte sairaalassa eri henkilökuntaryhmiltä tukea, neuvoja tai ohjausta?
(Ohje: Ympyröikää sopivin vaihtoehto/ -ehdot)

	Erittäin hyvin	Hyvin	Huonosti, kuvailkaa miten
Lääkärit	1	2	3
Sairaanhoitajat	1	2	3
Perus- ja lähihoitajat	1	2	3
Muut (sydänhoitaja, diabeteshoitaja jne.)	1	2	3

38. Täyttyivätkö sairaalahoidolle asettamanne odotukset?

1. Kyllä
2. Eivät, kuvailkaa miksi _____

VI RINTAKIPUPOTILAAN JATKOHOITO

39. Millaiseen toimintaan olette myöhemmin osallistuneet?

1. Paikallinen sydänyhdistys
2. Sopeutumisvalmennus tai kuntoutuskurssit (KELA, sydänpiirit, sairaalat, terveyskeskukset)
3. En mihinkään

(jatkuu)

LIITE 2:9(11)

40. Missä sairautenne seurantakäynnit on järjestetty?

1. Terveyskeskus
2. Aluesairaalan sisätautien poliklinikka
3. Keskussairaalan kardiologinen poliklinikka
4. Yksityislääkäri
5. Työterveyshuolto
6. Muualla, missä? _____

41. Miten sairaus on muuttanut elämäännne?

(Ohje: Voitte valita useamman vaihtoehdon)

1. Olen lopettanut tupakoinnin
2. Olen tehnyt ruokavaliomuutoksia
3. Liikunta on lisääntynyt
4. Olen seurannut painoani
5. Vältän stressiä
6. Alkoholin käytön vähentäminen
7. Lääkkeet ovat lisääntyneet
8. Ei mitenkään
9. Elämänlaatuni on parantunut, millä tavalla?

10. Elämänlaatuni on huonontunut, millä tavalla?

11. Jotenkin muuten, miten?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Tutkimustuloksia hyödynnetään kehitettäessä rintakipupotilaan hoitoprosessia Kouvolan terveystalushankkeessa, KoTePa.

(jatkuu)

LIITE2:10(11)

Päivi Kuusisto ASIAKASPALAUTEKYSELY Kouvola 12.5.2010
 Ojapolku 3A
 45150 KOUVOLA
 puhelin: 040 5565045
 e-mail: paivi.kuusisto@pp.inet.fi

Rintakipupotilaiden kotiutuspisteet/ Kouvolan terveystalvelut

OPINNÄYTETYÖN ASIAKASPALAUTEKYSELYN JAKELU

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelmassa YAMK. Opinnäytetyöni aihe on ”**Rintakipupotilaan hoitoprosessin toimivuus Kouvolaan potilaan näkökulmasta**”.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa rintakipupotilaan (sepelvaltimotauti on en-tuudesta tiedossa, tauti todetaan tai sitä vahvasti epäillään) hoitoprosessin nykytilaa kouvolaalaisen potilaan näkökulmasta puolistrukturoidun lomakkeen avulla asiakaspa-lautekyselyinä.

Miten rintakipupotilaat kokevat pääsevänsä hoitoon ja saavansa ja ensihoitoa?

Miten rintakipupotilaiden sairaalahoito on toteutunut?

Millainen on rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten/toimenpiteiden odotusaika?

Millaisia lisätutkimuksia/toimenpiteitä rintakipupotilaille tehtiin myöhemmin ja kuinka heitä ohjattiin?

Tutkimuksella halutaan tietoa potilaiden hoitoon pääsystä, hoidosta, jatkohoidosta, hoidosta ja tiedon saannista jatkohoitopaikassa, kotiutuksesta sekä seurantakäynneistä. Tarkoituksena myös kartoittaa hoitoprosessiin kuluva-aikaa, arvioida kustannuksia eri hoitopaikkojen välisestä kulkemisesta sekä potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta.

Tutkimus on tarkoitus toteuttaa **määrällisen puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla, jota jaetaan kouvolaalaisen rintakipupotilaan kotiutuessa** Kuusankosken aluesairaalan sisätautivuosastoilta 2 ja 5, Kouvola-terveyskeskuksen vo 1 ja 6, Kymenlaakson keskussairaalan sisätautiv-6B ja 6A. Kouvola-alaisten käytössä olevista ensiav-ustista: Kuusankosken aluesairaala, Kymenlaakson keskussairaala, Kouvola-terveyskeskusten yhteispäivystyksestä sekä alueen terveyskeskuksissa (Elimäki, Jaala, Valkeala, Kuusankoski, Kouvola, Keltakangas, Voikkaa) päiväpäivystyksissä käyneille potilaille ja sepelvaltimotautipotilaiden ensitietokursseille osallistuneille potilaille. Lomakkeiden palautus nimettömänä valmiiksi maksetussa kuussa tutkimuksen tekijälle.

Tuloksia on tarkoitus hyödyntää Kouvola-terveystalveluhankkeessa KoTePa kehitettävässä rintakipupotilaan hoitoprosessissa Kouvola-terveydenhuoltomallissa. Yhteyshenkilönä toimii ylihoitaja Irma Suonoja (gsm 040 4832734) ja opinnäytetyön ohjaajana yliopettaja, projektipäällikkö, TtT Sirpa Hankela Tampereen ammattikorkeakoulusta (gsm 050 5279947).

(jatkuu)


LIITE 2:11(11)

Carean eettinen toimikunta on antanut puoltavan lausunnon 19.4.2010 tutkimustyön suorittamista varten. Kouvolan johtava ylilääkäri Kati Myllymäki on antanut tutkimusluvan 7.5.2010, ylilääkäri Marjo Numminen Attendo MedOnesta 12.5.10 ja asia on vireillä myös johtaja ylilääkäri Ermo Haavistolla.

Toivoisin hoitohenkilökunnan jakavan asiakaspalautekyselyn + palautuskuoren rintakivun vuoksi lääkärin vastaanotolta kotiutuvalle potilaalle tutkimuksen suorittamisaikana 17.5.- 30.6.2010.

Ystävällisin terveisin

sh AMK Päivi Kuusisto

	TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU	TUTKIMUSLUPA OPINNÄYTETYÖLLE/ KEHITTÄMISTEHTÄVÄLLE
LIITE 3:1(9)		
Opinnäytetyön/kehittämistehtävän tekijä/tekijät		
sh Päivi Kuusisto		
Yhteyshenkilö, osoite, puhelin, sähköposti		
Ylihoitaja Irma Suonoja, Sairaalahoito, Marjoniementie 8, 45100 Kouvola, gsm 040 4832734 irma.suonoja@kouvola.fi		
Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto		
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma YAMK		
Opinnäytetyön/kehittämistehtävän nimi		
Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvola		
Opinnäytetyön/kehittämistehtävän tarkoitus ja lyhyt kuvaus toteutuksesta		
<p>Tutkimuksella on tarkoitus kartoittaa mikä on Kouvolaan asuvan rintakipupotilaan (sepelvaltimotauti on entuudestaan tiedossa, tauti todetaan tai sitä vahvasti epäillään) hoitoprosessin nykytila ennenerikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämistä?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miten rintakipupotilaat kokevat pääsevänsä hoitoon ja saavansa ja ensihoitoa? - Miten rintakipupotilaiden sairaalahoito on toteutunut? - Millainen on rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten/ toimenpiteiden odotusaika? - Millaisia lisätutkimuksia/toimenpiteitä rintakipupotilaille tehtiin myöhemmin ja kuinka heitä ohjattiin? <p>Tutkimuksella halutaan tietoa potilaiden hoitoon pääsystä, hoidosta, jatkohoidosta, hoidosta ja tiedon saannista jatkohoitopaikassa, kotiutuksesta sekä seurantakäynneistä. Tarkoituksena myös kartoittaa hoitoprosessiin kuluva aikaa, arvioida kustannuksia eri hoitopaikkojen välisestä kulkemisesta sekä potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimuksen tulokset ovat taustamateriaalina kehitettävässä rintakipupotilaan hoitoprosessissa Kouvolaan terveyspalveluhankkeessa, KoTePa.</p> <p>Tutkimus on tarkoitus toteuttaa määrällisen puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla, jota jaetaan kouvolaan rintakipupotilaan kotiutuessa Kuusankosken aluesairaalan sisätautivuosastolta 2 ja 5, Kouvolaan terveyskeskuksen vo 1 ja 6, Kymenlaakson keskussairaalan sisätautivuosastolta 6B ja 6A. Kouvolaisten käytössä olevista ensiavusta: Kuusankosken aluesairaala, Kymenlaakson keskussairaala, Kouvolaan terveyskeskusten yhteispäivystyksestä sekä alueen terveyskeskuksissa (Elimäki, Jaala, Valkeala, Kuusankoski, Kouvola, Keltakangas, Voikkaa) päiväpäivystyksissä käyneille potilaille ja sepevaltimotautipotilaiden ensitietokursseille osallistuneille potilaille. Lomakkeiden palautus nimettömänä valmiiksi maksetussa kuussa tutkimuksen tekijälle.</p>		
Opinnäytetyön/kehittämistehtävän aikataulu		
Kyselylomakkeisiin vastaaminen ja palautus touko-kesäkuu (palautus 30.6.2010 mennessä, mikäli lupa-asiat ovat edenneet niin, että tutkimus päästään aloittamaan toukokuun puoleen väliin mennessä 2010). Työ valmis syksyllä 2010. Johtava ylilääkäri Kati Myllymäki on tehnyt myönteisen lupapäätöksen 7.5.2010, ylilääkäri Marjo Numminen Attendo MedOnesta 12.5.2010 ja asia on vireillä myös johtaja ylilääkäri Ermo Haavistolla.		
Opinnäytetyön/kehittämistehtävän ohjaaja ja yhteystiedot (puhelin, sähköposti)		
Yliopettaja, projektipäällikkö, TtT Sirpa Hankela Tampereen ammattikorkeakoulu, Hyvinvointipalvelut/ Terveysala, Kuntokatu 3, 33520 Tampere, gsm 050 5279947 sirpa.hankela@tamk.fi		
Liitteet		
<input type="checkbox"/> Sopimus opinnäytetyön/kehittämistehtävän hankkeistamisesta (liitetään, mikäli se tehdään yhteistyössä toimeksiantajan kanssa) <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Muu liite, mikä		
PÄÄTÖS nro _____		
<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön/tutkimukseen/kehittämistehtävään myönnetään hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin: _____		

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:2(9)

☐ Hakemus hylätään, miksi _____

LIITE 3:2(9)

24.5.2020
PäiväysEino Haavisto, EINO HAAVIS TO
Tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus ja nimenselvennys
JOHTAJAYLILÄÄKÄRI

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään yhteyshenkilölle.

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:3(9)



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

**TUTKIMUSLUPA
OPINNÄYTETYÖLLE/
KEHITTÄMISTEHTÄVÄLLE**

LIITE 3:3(9)

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän tekijä/tekijät

sh Päivi Kuusisto

Yhteysthenkilö, osoite, puhelin, sähköposti

Ylihoitaja Irma Suonoja, Sairaalahoido, Marjoniementie 8, 45100 Kouvola, gsm 040 4832734
irma.suonoja@kouvola.fi

Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma YAMK

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän nimi

Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvola

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän tarkoitus ja lyhyt kuvaus toteutuksesta

Tutkimuksella on tarkoitus kartoittaa mikä on Kouvola asuvan rintakipupotilaan (sepelvaltimotauti on entuudestaan tiedossa, tauti todetaan tai sitä vahvasti epäillään) hoitoprosessin nykytila ennenerikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämistä?

- Miten rintakipupotilaat kokevat pääsevänsä hoitoon ja saavansa ja ensihoitoa?
- Miten rintakipupotilaiden sairaalahoido on toteutunut?
- Millainen on rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten/ toimenpiteiden odotusaika?
- Millaisia lisätutkimuksia/toimenpiteitä rintakipupotilaille tehtiin myöhemmin ja kuinka heitä ohjattiin?

Tutkimuksella halutaan tietoa potilaiden hoitoon pääsystä, hoidosta, jatkohoidosta, hoidosta ja tiedon saannista jatkohoitopaikassa, kotiutuksesta sekä seurantakäynneistä. Tarkoituksena myös kartoittaa hoitoprosessiin kuluva aikaa, arvioida kustannuksia eri hoitopaikkojen välisestä kulkemisesta sekä potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimuksen tulokset ovat taustamateriaalina kehitettäessä rintakipupotilaan hoitoprosessia Kouvolaan terveyspalveluhankkeessa, KoTePa.

Tutkimus on tarkoitus toteuttaa määrällisen puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla, jota jaetaan kouvolaalaisen rintakipupotilaan kotiutuessa Kuusankosken aluesairaalan sisätautivuosastoilta 2 ja 5, Kouvolaan terveyskeskukseen vo 1 ja 6, Kymenlaakson keskussairaalan sisätautiv 6B ja 6A. Kouvolaisten käytössä olevista ensiavusta: Kuusankosken aluesairaala, Kymenlaakson keskussairaala, Kouvolaan terveyskeskusten yhteispäivystyksestä sekä alueen terveyskeskuksissa (Elimäki, Jaala, Valkeala, Kuusankoski, Kouvola, Keltakangas, Voikkaa) päiväpäivystyksissä käyneille potilaille ja sepevaltimotautipotilaiden ensitietokursseille osallistuneille potilaille. Lomakkeiden palautus nimettömänä valmiiksi maksetussa kuoressa tutkimuksen tekijälle.

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän aikataulu

Kyselylomakkeisiin vastaaminen ja palautus touko-kesäkuu (palautus 30.6.2010 mennessä, mikäli lupa-asiat ovat edenneet niin, että tutkimus päästään aloittamaan toukokuun puoleen väliin mennessä 2010). 2010. Työ valmis syksyllä 2010. Kati Myllymäki on tehnyt myönteisen lupapäätöksen ja asia vireillä myös Ermo Haavistolla.

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän ohjaaja ja yhteystiedot (puhelin, sähköposti)

Yliopettaja, projektipäällikkö, TtT Sirpa Hankela Tampereen ammattikorkeakoulu,
Hyvinvointipalvelut/ Terveysala, Kuntokatu 3, 33520 Tampere, gsm 050 5279947
sirpa.hankela@tamk.fi

Liitteet

- ☐ Sopimus opinnäytetyön/kehittämistehtävän hankkeistamisesta (liitetään, mikäli se tehdään yhteistyössä toimeksiantajan kanssa)
- ☒ Tutkimussuunnitelma
- ☐ Muu liite, mikä

PÄÄTÖS nro _____

☒ Lupa opinnäytetyöhön/tutkimukseen/kehittämistehtävään myönnetään hakemuksen mukaisesti

☐ Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin: _____

☐ Hakemus hylätään, miksi _____

22.12.2009 SM/kk

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:4(9)

Päiväys

12.5.2010

Tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3:4(9)
KASIO NIMINEN
Ystävä, Aina
Medi

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään yhteyshenkilölle.

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:5(9)



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TUTKIMUSLUPA LIITE 3:5(9)
**OPINNÄYTETYÖLLE/
KEHITTÄMISTEHTÄVÄLLE**

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän tekijä/tekijät

sh Päivi Kuusisto

Yhteyshenkilö, osoite, puhelin, sähköposti

Ylihoitaja Irma Suonoja, Sairaalahoido, Marjoniementie 8, 45100 Kouvola, gsm 040 4832734
irma.suonoja@kouvola.fi

Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma YAMK

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän nimi

Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvola

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän tarkoitus ja lyhyt kuvaus toteutuksesta

Tutkimuksella on tarkoitus kartoittaa mikä on Kouvolaan asuvan rintakipupotilaan (sepelvaltimotauti on entuudestaan tiedossa, tauti todetaan tai sitä vahvasti epäillään) hoitoprosessin nykytila ennenerikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistämistä?

- Miten rintakipupotilaat kokevat pääsevänsä hoitoon ja saavansa ja ensihoitoa?
- Miten rintakipupotilaiden sairaalahoido on toteutunut?
- Millainen on rintakipupotilaiden myöhemmin tehtävien lisätutkimusten/ toimenpiteiden odotusaika?
- Millaisia lisätutkimuksia/toimenpiteitä rintakipupotilaille tehtiin myöhemmin ja kuinka heitä ohjattiin?

Tutkimuksella halutaan tietoa potilaiden hoitoon pääsystä, hoidosta, jatkohoidosta, hoidosta ja tiedon saannista jatkohoitopaikassa, kotiutuksesta sekä seurantakäynneistä. Tarkoituksena myös kartoittaa hoitoprosessiin kuluvaa aikaa, arvioida kustannuksia eri hoitopaikkojen välisestä kulkemisesta sekä potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimuksen tulokset ovat taustamateriaalina kehitettäessä rintakipupotilaan hoitoprosessia Kouvolaan terveyspalveluhankkeessa, KoTePa.

Tutkimus on tarkoitus toteuttaa määrällisen puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla, jota jaetaan kouvolaan rintakipupotilaan kotiutuessa Kuusankosken aluesairaalan sisätautivuosastoilta 2 ja 5, Kouvolaan terveyskeskuksen vo 1 ja 6, Kymenlaakson keskussairaalan sisätautivuosasto 6B ja 6A. Kouvolaan käytössä olevista ensiavusta: Kuusankosken aluesairaala, Kymenlaakson keskussairaala, Kouvolaan terveyskeskusten yhteispaivystyksestä sekä alueen terveyskeskuksissa (Elimäki, Jaala, Valkeala, Kuusankoski, Kouvola, Keltakangas, Voikkaa) päiväpaivystyksissä käyneille potilaille ja sepelvaltimotautipotilaiden ensitietokursseille osallistuneille potilaille. Lomakkeiden palautus nimettömänä valmiiksi maksetussa kuussa tutkimuksen tekijälle.

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän aikataulu

Kyselylomakkeisiin vastaaminen ja palautus touko-kesäkuu (palautus 30.6.2010 mennessä, mikäli lupa-asiat ovat edenneet niin, että tutkimus päästään aloittamaan toukokuun puoleen väliin mennessä 2010). 2010. Työ valmis syksyllä 2010. Kati Myllymäki on odottanut eettisen lautakunnan päätöstä ja luvannut tehdä päätöksensä sen saatuaan. Lupa-asia vireillä myös Ermo Haavistolla.

Opinnäytetyön/kehittämistehtävän ohjaaja ja yhteystiedot (puhelin, sähköposti)

Yliopettaja, projektipäällikkö, TtT Sirpa Hankela Tampereen ammattikorkeakoulu,
Hyvinvointipalvelut/ Terveysala, Kuntokatu 3, 33520 Tampere, gsm 050 5279947
sirpa.hankela@tamk.fi

Liitteet

- ☐ Sopimus opinnäytetyön/kehittämistehtävän hankkeistamisesta (liitetään, mikäli se tehdään yhteistyössä toimeksiantajan kanssa)
- ☒ Tutkimussuunnitelma
- ☐ Muu liite, mikä

PÄÄTÖS nro 3 § Dnro 4303/05.99.01

- ☒ Lupa opinnäytetyöhön/tutkimukseen/kehittämistehtävään myönnetään hakemuksen mukaisesti
- ☐ Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin: _____

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:6(9)

☐ Hakemus hylätään, miksi _____

LIITE 3:6(9)

7.5.2010

Päiväys

Tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus ja nimenselvennys

Johtava ylilääkäri, terveystieteiden tilaajapäällikkö

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään yhteyshenkilölle.

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:7(9)

Kouvolan kaupunki
Perusturvan toimiala
Terveyspalvelujen tilaajapäällikkö

Viranhaltijapäätös
Yleinen päätös
07.05.2010

LIITE 3:7(9)
3 §

OIKAISUVAATIMUSOHJE (KUNTALAKI)**Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään**

Tähän päätökseen haetaan muutosta tekemällä oikaisuvaatimus Kouvolan perusturvalautakunnalle.

Oikeus oikaisuvaatimuksen tekemiseen

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä asianosainen tai kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimuksen tekoaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä viimeistään 14. päivänä päätöksen tiedoksisaannista.

Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon tiedoksianto- tai tiedoksisaantitodistuksen osoittamana ajankohtana tai jos tiedoksianto tapahtuu tavallisella kirjeellä, viimeistään seitsemäntenä päivänä kirjeen lähettämisestä.

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun päätös tai sen sisältävä pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville.

Oikaisuvaatimuskirjelmä ja sen liitteet

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisesti. Oikaisuvaatimuskirjelmä on osoitettava päätöksen tehneelle viranomaiselle ja kirjelmässä on ilmoitettava

- päätös, johon vaaditaan oikaisua,
- miltä osin päätöstä vaaditaan oikaistavaksi ja mitä muutoksia päätökseen vaaditaan tehtäväksi,
- perusteet, joilla oikaisua vaaditaan,
- oikaisuvaatimuksen tekijän nimi ja kotikunta,
- jos oikaisuvaatimuksen tekijä käyttää laillista edustajaa tai asiamiestä tai muuta oikaisuvaatimuksen laatijaa, myös tämän nimi ja kotikunta
- postiosoite ja puhelinnumero, johon asiaan liittyvät ilmoitukset toimitetaan.

Oikaisuvaatimuskirjelmä on vaatimuksen tekijän tai hänen laillisen edustajansa tai asiamiehensä allekirjoitettava.

Oikaisuvaatimuskirjelmään on liitettävä

- oikaisuvaatimuksen kohteena oleva päätös alkuperäisenä tai jäljennöksenä,
- todistus päätöksen tiedoksiantopäivästä tai muu selvitys oikaisuvaatimuksen tekemiselle asetetun määräajan alkamis-ajankohdasta,
- asiakirjat, joihin vaatimuksen tekijä vetoaa vaatimuksensa tueksi,
- asiamiestä käytettäessä asiamiehen valtakirja.

Oikaisuvaatimuksen toimittaminen

Oikaisuvaatimus on toimitettava Kouvolan kaupungintalon kirjaamoon niin, että oikaisuvaatimus on perillä viimeistään oikaisuvaatimuksen tekemiselle asetetun määräajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä.

Oikaisuvaatimuksen tekijän vastuulla asiakirjat saa lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postin kuljetettavaksi asiakirjat on annettava niin ajoissa, että ne ovat perillä ennen valitusajan päättymistä.

Oikaisuvaatimuksen toimittamispaikan yhteystiedot ja aukioloaika 9.00—15.00

Käyntiosoite: Marjoniementie 8a, 45100 Kouvola
Telekopio: 020 615 2638

Postiosoite: PL 95, 45101 Kouvola
Sähköposti: perusturva.hallinto(at)kouvola.fi

Pöytäkirjan nähtäville asettaminen

Pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville

17.5.2010

Marjoniementie 8a

Päätöksen tiedoksianto asianosaiselle

Päätös on lähetetty kirjeellä seuraavasti:

Kirjeen saaja: Päivi Kuusisto

Kirje annettu postin kuljetettavaksi



7.5.2010

Tiedoksiannon toimittaja:

Hallintosihteeri Mirja Vainikka

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:8(9)

 <p>Vastuu saa välittämään. Eettinen toimikunta</p>		<p>LIITE 3:8(9)</p> <p>PÖYTÄKIRJA 4/10 19.4.2010</p>	
<p>AIKA Maanantai 19.4.2010 klo 9.00 – 9.50</p> <p>PAIKKA D-talon kokoushuone 1 / SHP hallinto</p>			
<p>Läsnä Ronkainen Ari, johtava ylilääkäri, varapuheenjohtaja</p> <p>Hopsu Erkki, ylilääkäri, varajäsen</p> <p>Julin Marjaana, potilasasiamies, jäsen</p> <p>Nikula Karoliina, seurakuntapastori, jäsen</p> <p>Sihvonen Kristiina, tilaajapäällikkö, jäsen</p>			
<p>Marjo Ruotsalainen, proviisori, varasihteeri</p>			
<p>Poissa Haavisto Ermo, johtajaylilääkäri, puheenjohtaja</p> <p>Huopainen Tarja, koulutuspäällikkö, varajäsen</p> <p>Groundstroem Kaj, ylilääkäri, jäsen</p> <p>Kinnunen Helena, laskentapäällikkö, varajäsen</p> <p>Liakka Anne, sosiaalityönjohtaja, varajäsen</p> <p>Lopperi Jukka, kirkkoherra, varajäsen</p> <p>Narinen Arja, johtajaylihoitaja, varajäsen</p> <p>Peltola Heli, ylilääkäri, varajäsen</p> <p>Pöllänen Pasi, tutkimus- ja koulutusjohtaja, ylilääkäri, jäsen</p>			
<p>25§</p> <p>PÄIVI KUUSISTON OPINNÄYTETYÖ: Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvolassa.</p>			
<p>Tutkimuslupalomake, Tampereen Ammattikorkeakoulu</p> <p>Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma, tammikuu 2010</p>			
<p>Päätös:</p>		<p>Opinnäytetyö merkittiin tiedoksi.</p> <p>Koska kyselylomakkeessa vastaukset annetaan nimettömänä, ei vastaajilta pyydetä erillistä lupaa tutkimukseen osallistumisesta. Eettinen toimikunta toivoi, että opinnäytetyön tekijä toimittaisi selvityksen kyselyn aikataulutuksesta ja selvityksen siitä, minkä ajan sisällä kyselylomake on palautettava, eli mikä on vastausaika. Lisäksi opinnäytetyön tekijältä puuttuu vielä yksiköiden johtajien lupa kyselylomakkeiden jakamiseen.</p>	
<p>Otteen oikeaksi todistaa</p>  <p>Marjo Ruotsalainen Eettisen toimikunnan varasihteeri</p>			
<p>CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ</p>			
<input type="checkbox"/> Kuntayhtymän johto Kotkantie 41 48210 Kotka Puh. 05 220 51 Fax 05 220 5909 Y-tunnus 0725901-5	<input type="checkbox"/> Kymenlaakson keskussairaala Kotkantie 41 48210 Kotka Puh. 05 220 51 Fax 05 220 5514 kirjaamo@carea.fi	<input type="checkbox"/> Kuusankosken aluesairaala Sairaalanukuja 3 C 45750 Sairaalamäki Puh. 05 220 51 Fax 05 220 2255 www.carea.fi	<input type="checkbox"/> Kymenlaakson psykiatrinen sairaala Sairaalanukuja 3 D 45750 Sairaalamäki Puh. 05 220 51 Fax 05 220 2708
<input type="checkbox"/> Sosiaalipalvelut Kehitysvammaisten erityisryhmä Pohjankorventie 19 45740 Kuusankoski Puh. 020 615 9000 Fax 020 615 9054			

TUTKIMUSLUVAT

LIITE 3:9(9)



Vastuu saa välittämään.

Eettinen toimikunta

LIITE 3:9(9)

PÖYTÄKIRJA 5/10
19.5.2010

AIKA Maanantai 17.5.2010 klo 9.00 – 10.15
 PAIKKA D-talon kokoushuone 1 / SHP hallinto

Läsnä Ronkainen Ari, johtava ylilääkäri, varapuheenjohtaja
 Julin Marjaana, potilasasiamies, jäsen
 Nikula Karoliina, seurakuntapastori, jäsen
 Pöllänen Pasi, tutkimus- ja koulutusjohtaja, ylilääkäri, jäsen

Jaakko Johansson, toimitusjohtaja, sihteeri

Poissa Groundstroem Kaj, ylilääkäri, jäsen
 Haavisto Ermo, johtajaylilääkäri, puheenjohtaja
 Hopsu Erkki, ylilääkäri, varajäsen
 Huopainen Tarja, koulutuspäällikkö, varajäsen
 Kinnunen Helena, laskentapäällikkö, varajäsen
 Liakka Anne, sosiaalityönjohtaja, varajäsen
 Lopperi Jukka, kirkkoherra, varajäsen
 Narinen Arja, johtajaylihoitaja, varajäsen
 Peltola Heli, ylilääkäri, varajäsen
 Sihvonen Kristiina, tilaajapäällikkö, jäsen

34§

PÄIVI KUUSISTON 19.4.2010 / 25§ KÄSITELLYN OPINNÄYTETYÖN: Rintakipupotilaan hoitoprosessi Kouvolassa,
 PYYDETYT LISÄSELVITYKSET

Saate Päivi Kuusisto, 5.5.2010
 Lausuntohakemus tutkimustyön suorittamista varten 10.4.2010
 Tampereen ammattikorkeakoulun tutkimuslupahakemus 30.6.2010

Päätös: Pyydetty lisäselvitykset tutkimusasiakirjoihin merkittiin tiedoksi.

Otteen oikeaksi todistaa

Jaakko Johansson
 Eettisen toimikunnan sihteeri

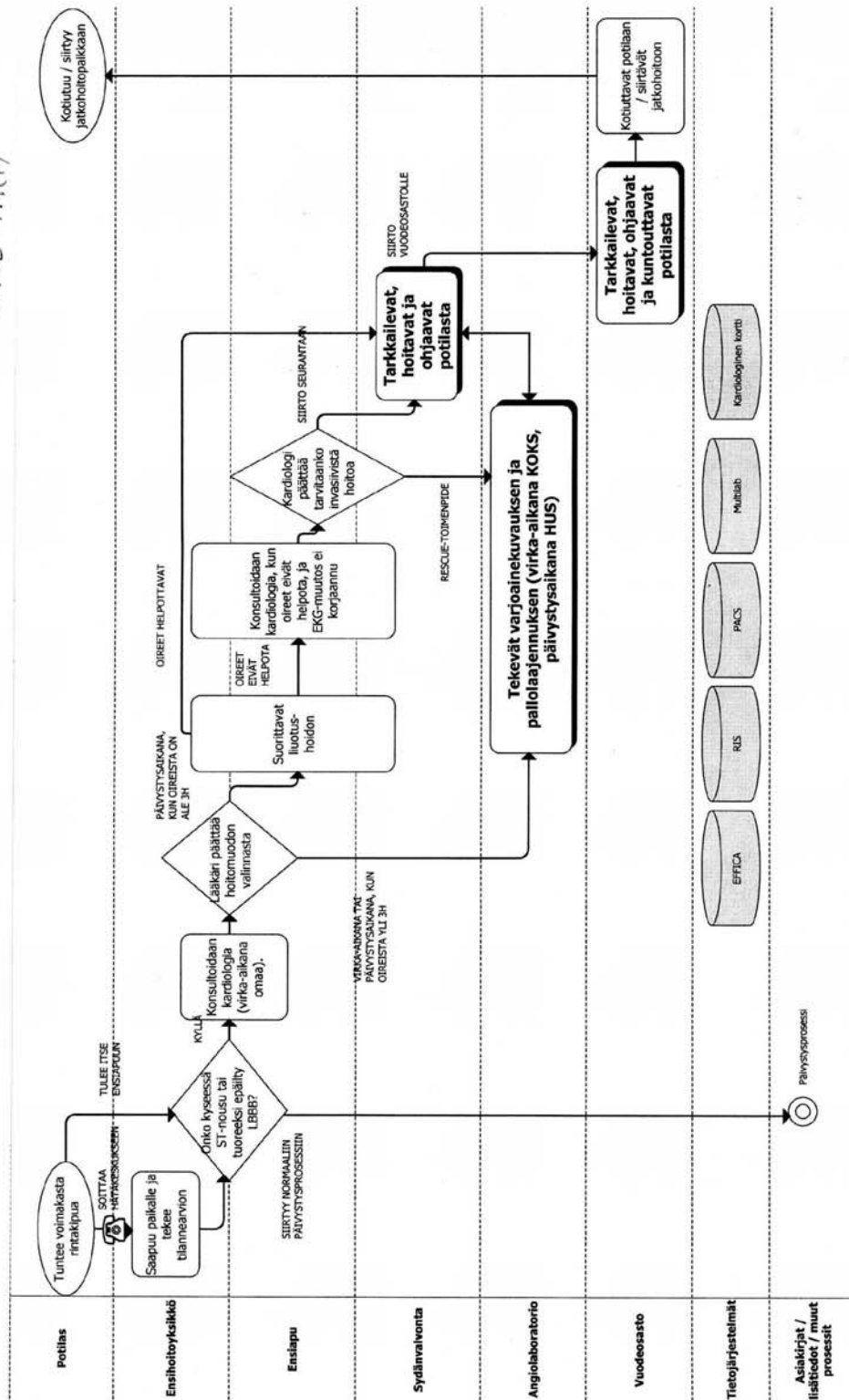
CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

<input type="checkbox"/> Kuntayhtymän johto	<input type="checkbox"/> Kymenlaakson keskussairaala	<input type="checkbox"/> Kuusankosken aluesairaala	<input type="checkbox"/> Kymenlaakson psykiatrisen sairaala	<input type="checkbox"/> Sosiaalipalvelut Kehitysvammaisten erityis-
Kotkantie 41 48210 Kotka Puh. 05 220 51 Fax 05 220 5909	Kotkantie 41 48210 Kotka Puh. 05 220 51 Fax 05 220 5514	Sairaalanukuja 3 C 45750 Sairaalamäki Puh. 05 220 51 Fax 05 220 2255	Sairaalanukuja 3 D 45750 Sairaalamäki Puh. 05 220 51 Fax 05 220 2708	Pohjankorventie 19 45740 Kuusankoski Puh. 020 615 9000 Fax 020 615 9054
Y-tunnus 0725901-5	kirjaamo@carea.fi	www.carea.fi		

RINTAKIPUPOTILAAN HOITOPROSESSI UIMARATAMALLINA

LIITE 4:1(1)

LIITE 4:1(1)



Sepelvaltimopotilaan prosessi 28.1.2010, Päätaso